

THOMAS STROHSCHNEIDER

KRANKENHAUS IM AUSVERKAUF



PRIVATE GEWINNE
AUF KOSTEN
UNSERER GESUNDHEIT

MIT EINEM VORWORT VON
WERNER BARTENS

STOPPT DIE
PRIVATISIERUNG!

WESTEND

W E S T E N D

Ebook Edition

THOMAS STROHSCHNEIDER

**KRANKENHAUS IM
AUSVERKAUF**

**Private Gewinne auf Kosten unserer
Gesundheit**

WESTEND

Mehr über unsere Autoren und Bücher:

www.westendverlag.de

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwende ich im Buch das generische Maskulinum, beispielsweise »der Patient«. Ich meine immer alle Geschlechter im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle und pragmatische Gründe und ist wertfrei.

ISBN: 978-3-86489-371-1

© Westend Verlag GmbH, Frankfurt/Main 2022

Umschlaggestaltung: Buchgut, Berlin

Lektorat: Tobias Keil

Redaktion: Timo Oelmayer

Satz: Publikations Atelier, Dreieich

Druck und Bindung: CPI – Clausen & Bosse, Leck

Printed in Germany

Inhalt

Vorwort: Medizin in der Krise Von Werner Bartens

Der Autor

1 Krankenhaus-Monopoly

2 Wohnsitzlos

3 Ärzte-Manager

4 Case Mix

5 Krankenhaussterben

6 Klinikkonzerne

7 Privatisierungsstrategien

8 Ethik oder Monetik

9 Leihschwester

10 Beinamputation

11 Controlling

12 Arzt oder Betriebswirt

13 Marketing

14 Outsourcing

15 Indikation

16 Grenzverweildauer

17 Ärzteausbildung

18 Führungskräfte

19 Kostenexplosion

20 Zeitmanagement

21 Schönreden

22 Killerkeime

23 Waisenmedizin

24 Dystopie oder Utopie?

Dank

Anmerkungen

Orientierungspunkte

Titel

Inhaltsverzeichnis

Vorwort: Medizin in der Krise Von Werner Bartens

Die Medizin ist in Gefahr. Nicht primär durch neuartige Viren oder andere tückische Erreger, obwohl es während der Corona-Pandemie den Anschein haben mag, als ob dies die größte denkbare Bedrohung für das Heilwesen wäre. Eine andere Gefahr verändert die Medizin jedoch viel grundlegender, obwohl sie weniger sichtbar und weniger medientauglich ist. Gleichwohl geht sie von einer Seuche aus, die seit Jahren Krankenhäuser, Arztpraxen und mittlerweile das gesamte Gesundheitssystem infiziert hat: Es ist die Seuche der Profitgier, der maximalen Gewinnorientierung und der Kommerzialisierung, die immer weiter um sich greift und gegen die bisher kein Kraut gewachsen zu sein scheint.

Das größte Problem daran ist nicht, dass einzelne Führungskräfte, Konzernlenker und Geschäftsführer unverschämt viel am Geschäft mit Gesundheit und Krankheit verdienen, auch wenn dies bereits ein Ärgernis für sich darstellt. Gefährlich und verantwortungslos ist vielmehr, dass der Ausverkauf der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens insgesamt auf Kosten derer geht, denen es eigentlich dienen und die einen Nutzen davon haben sollten – den Patientinnen und Patienten.

Zuallererst leiden die Kranken darunter, wenn das Ringen um die beste Diagnostik und Therapie mehr und mehr von der Frage nach dem größtmöglichen Erlös überlagert wird. Patientinnen und Patienten bekommen dann falsche oder unnötige Behandlungen oder werden mit Untersuchungen traktiert, die sich zwar finanziell

lohnend, aber medizinisch unnötig oder zumindest fragwürdig sind. Nicht mehr das Wohlergehen der Kranken und ihre bestmögliche Versorgung stehen dann im Vordergrund, sondern jede Neuaufnahme wird von dem Gedanken überlagert, den Aufenthalt der Kranken in der Klinik möglichst gewinnbringend zu gestalten.

Das Ergebnis ist eine fehlgeleitete Medizin, die dazu führt, dass Patienten schlechter versorgt werden oder Opfer von Übertherapie und Überdiagnostik werden. Manche Kranke erleiden dann zu viele und vor allem zu viele unnötige Interventionen, anderen werden lebenswichtige Behandlungen vorenthalten, weil »ihre« Krankheit nicht lukrativ genug ist und deshalb ganze Abteilungen zunächst kleingespart und dann geschlossen worden sind, in denen sich Fachleute darum hätten kümmern können.

Die Qualität der Medizin ist durch eine Reihe von Mechanismen bedroht, die oft auf subtile Weise wirken. Es ist eine Medizin mit dem Preisschild, denn ökonomische Fehlanreize haben die Heilkunde längst aus der Balance gebracht. Dazu gehört, um nur einige Beispiele zu nennen, das System der Fallpauschalen, das Krankheiten vereinheitlicht, ohne die individuellen Bedürfnisse und Nöte der Patienten zu erfassen. Die knappe Kalkulation pro Fall verleitet dazu, Patienten mit immer mehr Diagnosen zu versehen und ihnen Eingriffe zu verordnen, die sich gut abrechnen lassen. Gleichzeitig darf der Aufenthalt der Patienten in der Klinik nicht zu lange dauern, weil er dann zu teuer wird und nicht mehr von der Pauschale gedeckt ist.

Die mögliche Folge sind »blutige Entlassungen« – Patienten müssen das Krankenhaus zu früh verlassen, obwohl ihr Heilungsverlauf oder ihre Wundversorgung das aus medizinischer Sicht noch nicht zulassen würden. Eine weitere Schattenseite des

kommerziellen Drucks in Krankenhäusern ist die »Drehtürmedizin«. Dabei wird eine Klinikbehandlung nach der Salami-taktik in zwei Aufenthalte aufgeteilt (inklusive zwei Neuaufnahmen und zwei Entlassungen), weil sich dann mehr für die Versorgung der Patienten abrechnen lässt.

Boni für Chefärzte und anderes Führungspersonal, die dafür belohnt werden, eine Untersuchung oder Therapie in einer bestimmten Häufigkeit durchzuführen, ermuntern dazu, nicht aus medizinischen Gründen, sondern nach pekuniären Erwägungen zu entscheiden, was mit Patienten geschieht. Man stelle sich folgende Konstellation vor: Für 600 und mehr Herzkatheter-Untersuchungen jährlich in der Abteilung gibt es eine fünfstellige Sonderzahlung. Bisher sind aber erst 580 in diesem Jahr dokumentiert. Wird dann Ende November eine Patientin mit Herzbeschwerden behandelt, muss sie nicht, aber sie könnte von dem Eingriff profitieren. Der leitende Arzt muss kein schlechter Mensch sein, wenn die Dame zum Herzkatheter eingeteilt wird. Allein medizinisch motiviert ist diese Entscheidung allerdings nicht. Wäre sie im Januar gekommen, wären ihr die Kranzgefäße womöglich nicht im Herzkatheter aufgedehnt worden.

Ein weiterer entscheidender Punkt: Wenn die Medizin immer stärker ökonomischen Zwängen unterliegt, verlieren gerade die idealistischen, hingebungsvollen Ärztinnen und Ärzte, die besonders engagierten Pflegerinnen und Pfleger die Begeisterung für ihren Beruf. Sie haben sich für diese Tätigkeit entschieden, weil sie gute Medizin machen wollen, fachlich auf hohem Niveau, menschlich und zugewandt. Das braucht Zeit, Empathie und Augenmaß. Gute Medizin richtet sich zudem an medizinischer Erfahrung, evidenzbasierten Empfehlungen und der individuellen

Patientengeschichte aus – und nicht an kaufmännischen Prämissen oder Sparvorgaben im Klinikbudget.

Etliche Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger haben wegen dieser ökonomischen Zwänge und der Aushöhlung der medizinischen Ethik ihren einst so geliebten Beruf bereits verlassen. Sie sehen die Praxis zum Basar verkommen und das Krankenhaus zum Warenhaus – mit ständig wechselndem Sortiment, je nach Marktlage. Statt der Daseinsfürsorge zu dienen, werden Kliniken zu medizinischen Industriebetrieben, die Rentabilitätsvorgaben erfüllen müssen. Seit Jahren geben Klinikärzte wie niedergelassene Mediziner in Umfragen mehrheitlich an, dass sie ihren eigenen Kindern auf keinen Fall zum Arztberuf raten würden.

Thomas Strohschneider hat über Jahre als Arzt in leitenden Positionen tagtäglich miterlebt, wie die Kommerzialisierung in der Medizin die Versorgung der Kranken gefährdet und die Krankenhäuser kaputtzumachen droht. Er beschreibt aus nächster Nähe und äußerst anschaulich, was bürokratische Wortungetüme wie »Case Mix Index« oder »Fallpauschale« oder »Grenzverweildauer« für Leid mit sich bringen und für die Patienten wie das Klinikpersonal bedeuten.

Es gehört zu den vielen Stärken dieses Buches, dass der Autor die Innensicht des Medizinbetriebs seit Jahrzehnten außerordentlich gut kennt – sich aber die Außensicht auf die Perversionen des Systems und seine Auswüchse erhalten hat und die Leserinnen und Leser daran teilhaben lässt. Dabei verliert er nie den Blick für die Patienten aus den Augen, deren Wohl und Wehe als Kranke in einem kranken System teilweise buchstäblich bedroht ist, was jedem Arzt, der seinen Beruf liebt, das Herz zerreißen kann.

Um einem Missverständnis vorzubeugen: Beklagt werden in diesem Buch die Exzesse einer kommerzialisierten Medizin. Das ist etwas anderes als Ökonomisierung. Niemand wird bestreiten, dass Krankenhäuser und Praxen darauf achten müssen, ökonomisch vernünftig zu arbeiten – es sollte selbstverständlich sein, das Geld aus dem Solidarsystem sinnvoll einzusetzen. Wenn die Medizin jedoch zunehmend von betriebswirtschaftlichen Kriterien geprägt wird, wie dies seit Jahren der Fall ist, also der maximale Gewinn im Vordergrund steht und Patienten hauptsächlich dazu dienen, den Profit zu steigern, dann ist der Wesenskern der Medizin ausgehöhlt.

Seit Jahren gibt es Initiativen für eine bessere Medizin, in denen gefordert wird, die optimale Versorgung und die Interessen der Patienten wieder in den Mittelpunkt zu stellen. Seit Beginn der 1990er-Jahre versuchen Vertreter der evidenzbasierten Medizin die besten verfügbaren Studien und Erkenntnisse für Diagnostik, Prävention und Therapie allgemein verfügbar zu machen und in dem Wust von Fachartikeln und Vorgehensweisen die Spreu vom Weizen zu trennen. Doch seit es das Fach gibt, wird es chronisch missachtet. Mit Hilfe der evidenzbasierten Medizin würden unnötiges Leid, überflüssige Untersuchungen und fragwürdige Behandlungen nach und nach aus der Medizin verschwinden, doch die Disziplin kommt gegen die Marktmechanismen nicht an.

Festgefahrene Rituale, liebgewonnene Gewohnheiten und ökonomische Fehlanreize in Krankenhäusern und auf dem »Gesundheitsmarkt« insgesamt tragen dazu bei. Auf diese Weise werden noch immer unangemessene, aber lukrative Eingriffe in großem Stil angeordnet, werden Patienten unnötigerweise operiert, in die Röhre geschoben oder unsinnigen Untersuchungen unterzogen. Andere Kranke bekommen hingegen nicht das, was sie

medizinisch bräuchten. Das Humane in der Humanmedizin droht verloren zu gehen. Fühlen sich Patientinnen und Patienten dennoch gut aufgehoben und betreut, so ist das zumeist den verbliebenen engagierten Ärztinnen und Ärzten, Pflegerinnen und Pflegern zu verdanken, die sich dafür aufopfern, dass die Medizin menschlich bleibt. Dass sich die Mitarbeiter in Kliniken dabei oft selbst überfordern und nicht um ihre Überstunden, sondern um eine zugewandte Versorgung kümmern, gehört zu den zynischen Merkmalen des Systems. Selbstausbeutung und der Idealismus vieler Teams sind im knappen Krankenhausbudget eingepreist.

Bereits 2002 hat das renommierte British Medical Journal ein dickes Themenheft einzig der Frage »Too much medicine?« gewidmet. Darin wurden Dutzende Beispiele angeführt für eine Medizin, deren unkritische Anwendung den Patienten mehr schadet als nutzt. Praktische Folgen hatte das kaum, genauso wenig wie die Initiative »Choosing Wisely«, die 2011 von diversen Fachgesellschaften in angloamerikanischen Ländern gestartet wurde (und in Deutschland »Klug entscheiden« heißt, aber weitgehend unbemerkt verläuft). »Choosing Wisely« bedeutet, in der eigenen medizinischen Subdisziplin die Top 5 der überflüssigsten Untersuchungen, unnötigsten Behandlungen und Interventionen zu identifizieren und für Fachkollegen wie Laien zu erklären, warum es beispielsweise zumeist keine Kniespiegelung, kein Röntgenbild vom Rücken, keine Laborkontrolle der Hormone oder Tumormarker braucht und weshalb Antibiotika bei viralen Infekten nicht nur überflüssig, sondern sogar gefährlich sind.

Das Ziel dieser Initiativen für eine bessere Medizin war nicht etwa, an Patienten zu sparen, sondern Patienten Unnötiges zu ersparen. Der Sachverständigenrat für Gesundheit hat 2014 festgestellt, dass

eine der größten medizinischen Gefahren in den wohlhabenden Ländern darin besteht, überflüssige, unnötige oder fragwürdige Medizin zu bekommen – das heißt Untersuchungen und Behandlungen, die nicht indiziert sind.

Die Beispiele sind zahlreich und es werden immer mehr. Deutschland hat etliche Weltmeistertitel inne, allerdings in unrühmlichen Disziplinen. In keinem anderen Land der Welt werden so oft Knie- und Hüftgelenke ersetzt, Herzkranzgefäße aufgedehnt und mit einer Gefäßstütze (Stent) versehen, Knie gespiegelt und Operationen am Rücken ausgeführt. Nicht, weil die Menschen in Deutschland kränker und diese Eingriffe deshalb nötiger wären. Die Folge dieser medizinischen Hyperaktivität ist auch nicht, dass es den Menschen in Deutschland besser geht, weil sie so oft operiert werden oder andere Interventionen über sich ergehen lassen. In einschlägigen Parametern zur Lebenserwartung, Lebensqualität und der Selbständigkeit im Alter findet sich Deutschland im europäischen Vergleich regelmäßig im hinteren Drittel.

Viele dieser Eingriffe sind schlicht überflüssig. So könnte knapp die Hälfte aller Untersuchungen mit dem Herzkatheter ersatzlos gestrichen werden. Das würde Patienten die Prozedur ersparen, die – wie jeder medizinische Eingriff – mit Risiken einhergeht. Zudem würde Weniger-ist-Mehr auch die Expertise der Ärzte verbessern, weil sie dann tatsächlich nur solche Kranken behandeln, bei denen es auch nötig wäre. Da der Eingriff aber lukrativ ist und Chefärzte und Abteilungsleiter Sonderzahlungen (früher hieß das »Boni«) erhalten, wenn sie jährlich eine bestimmte Zahl an Eingriffen durchführen, steigt die Zahl der Herzkatheter weiterhin, anstatt zu sinken.

Ähnliches gilt für die Behandlung Frühgeborener, die ein besonderes Maß an Erfahrung verlangt. Dass Übung den Meister macht, weiß jeder Laie – dazu braucht es kein Medizinstudium und keine Facharztausbildung. Die Studienlage ist ebenfalls eindeutig; sie zeigt, dass Frühgeborene, die in einer Klinik behandelt werden, die 50, besser noch 70 der kleinsten Kleinen betreut, weniger Behinderungen, weniger Spätfolgen und andere Komplikationen zu befürchten haben und es zu weniger Todesfällen kommt als bei Frühgeborenen in einer Klinik, die nur 15 oder 20 solcher Babys jährlich betreut. Trotzdem durften Krankenhäuser die Versorgung übernehmen, auch wenn sie nur 14 Neugeborene pro Jahr – nicht pro Arzt, sondern in der gesamten Klinik – behandelten. Mit bis zu 140 000 Euro pro Kind war die Versorgung äußerst lukrativ. Erst 2020 wurde nach langwierigem Rechtsstreit und gegen den Widerstand der Krankenhauslobby eine Änderung beschlossen, die aber nur eine geringe Anhebung der »Mindestmenge« und dies auch in sehr langen Zeitabschnitten vorsieht.

Die hier kurz skizzierte Entwicklung ist nicht vom Himmel gefallen, sondern offenbar politisch so gewollt. Von der ärztlichen Standesvertretung kam wenig Widerstand, zudem gab es zahlreiche Profiteure im System. Das Gesundheitswesen ist der größte Industriezweig in Deutschland neben der Automobilindustrie; in keinem anderen Bereich gibt es so viele registrierte Lobbyisten. Mittlerweile sind etwa 40 Prozent der Krankenhausbetten in privater Hand und werden von Klinikketten und Aktiengesellschaften geführt. Arztpraxen werden aufgekauft und in privatwirtschaftlich straff kalkulierten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gebündelt, für die angestellte Doktoren Budgetvorgaben erzielen müssen. Krankenhauskonzerne sind ein

stabiler Bestandteil von Fonds und Depots, weil sie zuverlässige Gewinne versprechen.

Das Prinzip ist immer das gleiche: Einnahmen aus den gesetzlichen Krankenkassen werden privatisiert und dienen zur Steigerung des Shareholder Value. Gerät eine Klinik ins Straucheln oder kann die geplanten Investitionen doch nicht schultern, werden die Ausgaben hingegen auf die Gemeinschaft umgelegt und staatliches Geld wird beansprucht. Der Solidargedanke wird auf diese Weise pervertiert.

Patientinnen und Patienten leiden unter dieser Fehlentwicklung der Medizin. Sie werden schlechter versorgt. Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger brennen aus und wenden sich von ihrem Beruf ab. Thomas Strohschneider hat einen Warnruf geschrieben, der hoffentlich zu einem Weckruf wird. Die Medizin ist in einem fragilen Zustand. Höchste Zeit, zu handeln und etwas zu ändern – dieses Buch bietet dazu Anregungen und Anlass.

Werner Bartens

Januar 2022

Dr. med. Werner Bartens, 1966 in Göttingen geboren, ist der »Medizinmann« der *Süddeutschen Zeitung*. Studium der Medizin, Geschichte, Germanistik in Gießen, Freiburg, Montpellier, Washington D.C. US-Examen Medizin (1992), anschließend Forschungsstipendiat an den Nationalen Gesundheitsinstituten (NIH) in Bethesda (USA). 1993 Staatsexamen Medizin in Freiburg und Promotion zum Dr. med. 1995 Magisterexamen Deutsch und Geschichte. Bartens arbeitete als Arzt in der Inneren Medizin an den Unikliniken Freiburg und Würzburg, anschließend Stipendiat am MPI für Immunbiologie Freiburg (Arbeitsgruppe Nobelpreisträger Georges Köhler). Seit 1997 Buchautor, Übersetzer, Autor und tätig für *SZ*, *ZEIT*, *FAZ*, *taz*. 2000 bis 2005 Redakteur der *Badischen Zeitung*; Seit 2005 Redakteur im Ressort Wissen der *SZ*, seit 2008 Leitender Redakteur. Bartens hat mehr als 20 Sachbücher veröffentlicht, darunter Bestseller wie *Das Lexikon der Medizin-Irrtümer*, *Körperglück*, *Lob der langen Liebe* und *Ist das Medizin – oder kann das weg?*. Bartens ist zu Fragen der Medizin oft im Fernsehen zu Gast. Er wurde vielfach mit Journalistenpreisen geehrt und 2009 »Wissenschaftsjournalist des Jahres«.

Weitere Infos: www.werner-bartens.de

1 Krankenhaus-Monopoly

Monopoly. Wer kennt das weltweit bekannte Brettspiel nicht? Die Idee dazu entstand Anfang des 20. Jahrhunderts in den USA. Ziel des Spiels ist es, möglichst viel Geld zu verdienen und die Mitspieler gleichzeitig in die Insolvenz zu treiben. Das gelingt umso besser, je mehr lukrative Grundstücke und Immobilien ein Spieler besitzt. Bestenfalls wird er zum Monopolisten. Die Strategie dabei lautet, das zu erwerben, was am profitabelsten ist.

Verfolgt man die Entwicklung des Krankenhausmarkts in Deutschland seit Mitte der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts, dann erinnert das auf fatale Weise an diese Spielidee: Gesundheitslobbyisten und Ökonomen geben das Ziel aus, möglichst nur die Kliniken am Markt zu halten, die Gewinne erzielen. Wer nicht gut genug wirtschaftet, vielleicht auch nur taktisch falsch hinzukaft oder einfach kein Glück hat, ist am Markt chancenlos und wird vom Konkurrenten aufgekauft. Im Fall des Krankenhaussystems ist es kein Spiel, sondern blutiger Überlebenskampf.

Die Umstrukturierung des Gesundheitswesens ist politisch gesteuert. Verlierer sind in erster Linie Patienten, Ärzte und die in der Pflege Tätigen. Der teilweise subtil im Hintergrund ablaufende Paradigmenwechsel von einem sozial begründeten Gesundheitswesen zu einer ökonomisch dominierten Gesundheitsindustrie hat weitreichende Auswirkungen. Und politische Akteure haben offensichtlich nicht den Mut, verantwortungsvoll und vor allem bedarfs- und sozialgerecht über

das Fortbestehen von Kliniken oder deren Schließungen zu entscheiden. Sie überlassen die Entscheidung dem freien Markt. Diese Vorgehensweise ist für die bundes- und länderpolitisch verantwortlichen Gesundheitspolitiker bis hin zu Landräten und Landkreisabgeordneten der einfachere Weg. Weil man die Schließung von wirtschaftlich in Schieflage oder in Insolvenz geratenen Kliniken dadurch als »selbstverschuldet« deklarieren kann. Man stiehlt sich aus der Verantwortung. Zwar kommt es bei Krankenhausschließungen regelmäßig zu Bürgerprotesten. Diese sind aber lokal begrenzt, interessieren nur einen Teil der Bevölkerung und nach relativ kurzer Zeit beruhigt sich die Lage wieder – und weicht einer ohnmächtigen Akzeptanz. De facto sind es in der Regel fast ausschließlich ökonomische Parameter, die zur Schließung einer Klinik führen, auch wenn Befürworter dies immer wieder mit fehlenden Qualitätsstandards, Überkapazitäten oder wirtschaftlich belastenden und überflüssigen Doppelstrukturen begründen. Von fast 2 500 Kliniken zum Zeitpunkt der Wende 1989 existieren derzeit noch etwas mehr als 1 800 Kliniken.¹ Jedes Jahr werden weitere geschlossen. Glaubt man den Gesundheitsökonomen einer Bertelsmann-Studie, wären für ganz Deutschland künftig 600 Kliniken ausreichend. Andere Gesundheitsökonomen sprechen sogar von nur noch 400.² Als Vorbild verweisen die Verfasser der Studie auf Länder wie Dänemark, wo eine deutlich geringere Krankenhausdichte besteht. Sie unterschlagen in der Diskussion allerdings die fundamentalen Unterschiede der beiden Gesundheitssysteme: In Dänemark ist das Gesundheitswesen zum Beispiel komplett steuerlich finanziert, es gibt keine Privatversicherten, dafür ein leistungsabhängiges Abrechnungssystem und eine komplett andere Infrastruktur. Was

gleichzeitig von vielen Menschen im Land wenig oder überhaupt nicht wahrgenommen wird, ist: Im Hintergrund vollzieht sich eine weitere, bedrohliche Entwicklung, mit der dieser »Markt« reguliert werden soll – Kliniken werden mehr und mehr privatisiert. Längst haben sich mächtige Klinikkonzerne, Tochterunternehmen großer Pharmakonzerne oder privater Krankenkassenverbände darangemacht, den Markt zu erobern. Dieser verspricht Renditen, die im Vergleich zu anderen Industriezweigen traumhaft sind. Deutschland hat zwischenzeitlich weltweit den höchsten Anteil von Krankenhausbetten in privatwirtschaftlicher Trägerschaft, nahezu 40 Prozent. Und der Anteil wächst weiter.³ Kliniken in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft sehen sich einem Konkurrenzkampf ausgesetzt, den sie, sofern die Politik dies nicht verhindert, auf Dauer nicht gewinnen werden. Es ist zu befürchten, dass weitere Kliniken »feindliche Übernahmen« erleben.

Bekannt man sich als Arzt zur Gruppe der Gegner solcher Entwicklungen im Gesundheitswesen, kommt meist von den Befürwortern dieser gesundheitspolitischen Veränderungen, ad hoc und stereotyp, der Vorwurf der Ignoranz, Ahnungslosigkeit und Verantwortungslosigkeit gegenüber ökonomischen Realitäten. Man riskiert, als Ewig-Gestriger, als Hinterwäldler und Sozialromantiker diskreditiert zu werden. Ärzten wird unterstellt, sie hätten kein betriebswirtschaftliches Denken und seien Reformverweigerer.

Um das vorweg klarzustellen: Eine erfolgreiche und gute Medizin braucht ökonomisches Denken und Handeln. Schließlich hat jeder in der Medizin Tätige die Verantwortung, das Geld der Bürger, das diese in Sozialkassen einbezahlt haben, sinnvoll und verantwortlich zu verwenden und nicht zu verschwenden. Ökonomisches Denken und Handeln und verantwortungsbewusste Effizienz stehen einer

menschendienlichen Medizin nicht grundsätzlich entgegen. Auch Schließungen von Kliniken unter bedarfsgerechter und sozialer Abwägung muss und wird es geben. Aber in der Methodik, der Strategie und den Zielen gibt es fundamentale Unterschiede: Ökonomisches Handeln und Denken müssen ärztliches Handeln ermöglichen! Dieses wiederum muss ausschließlich dem Patientenwohl dienen. Eine der folgenschwersten Veränderungen dieser schleichenden und fast unbemerkt ablaufenden Prozesse betrifft die Patienten: Die Verschiebung der Wertehierarchie, weg von einer dienenden hin zu einer vorwiegend ökonomisch ausgerichteten Medizin, setzt Ärzte zunehmend unter Druck. Sie sind in diesem System gefangen, unterwerfen sich immer mehr den wirtschaftlichen Zwängen und verinnerlichen diese ihnen ständig suggerierte Logik. Das ist deshalb gefährlich für den hilfeschuchenden Patienten, weil er sich dann nicht immer darauf verlassen kann, dass Ärzte und Krankenhäuser die jeweils bestmöglichen Therapieentscheidungen treffen, sondern Indikationen nach wirtschaftlichen Kriterien stellen. Viele Ärzte wehren sich gegen diese subtile Instrumentalisierung ihres Berufsstandes, weil sie fundamental gegen das ärztliche Ethos verstößt!

Ziel dieses Buches ist es, Hintergründe und Auswirkungen der gesundheitspolitischen Veränderungen der letzten Jahre, vor allem im Krankenhauswesen, zu beschreiben. Besonders im Fokus stehen dabei die zwei erwähnten Aspekte: die fortschreitende Privatisierung des Krankenhaus- und Gesundheitsmarktes und eine von Gesundheitsökonomien angestrebte weitere massive Reduzierung von Kliniken in Deutschland. Die unmittelbaren Auswirkungen dieser Entwicklungen auf Patienten und in der Medizin Tätige kommen beispielhaft zur Sprache und sind durch

eigene konkrete Erfahrungen belegt. Die Hoffnung des Autors und vieler Beschäftigter im Gesundheitswesen ist es, mit diesem Buch dazu beizutragen, dass sich vielleicht doch noch aufhalten lässt, was längst begonnen hat: ein Destruktionsprozess, der unter dem Ziel der Gewinnmaximierung und Renditeerwartungen unsere Solidargemeinschaft und unser Gesundheitswesen auf fundamentale Weise angreift. Mit der Folge, dass sich eine menschenverachtende Gesundheitsindustrie mehr und mehr etabliert. Der Musiker und Liedermacher Klaus Lage hat vor über 30 Jahren in seinem Song »Monopoli« passend formuliert, was mittlerweile auch im Krankenhauswesen traurige Realität ist: »Wir sind nur die Randfiguren in einem schlechten Spiel. Und die Herrn der Schlossallee verlangen viel zu viel.«⁴

2 Wohnsitzlos

Vor mir sitzt hinter seinem Schreibtisch der Kaufmännische Direktor der Klinik. Er könnte mein Sohn sein. Knapp über 30 Jahre alt. Mit Krawatte und Anzug. Nach dem Studium der Betriebswirtschaft begann seine Karriere als Praktikant, er stieg dann auf zum Assistent der Geschäftsführung in einer zum Konzern gehörenden Klinik. Er ist erst vor wenigen Monaten von der Konzernleitung auf diesen Posten berufen worden, nachdem sein Vorgänger in eine andere Klinik gewechselt hatte. In meiner achtjährigen Tätigkeit als Chefarzt ist er in der Zwischenzeit der Dritte, mit dem ich es in dieser Position zu tun habe. Das fällt mir aber schon gar nicht mehr besonders auf, denn auch die Geschäftsführung hat kürzlich zum vierten Mal in diesem Zeitraum gewechselt. Ganz sicher hat man dem jungen Mann eine große Karriere im Konzern in Aussicht gestellt: Geschäftsführer, Regionalgeschäftsführer, Führungsposition in der Konzernzentrale – wer weiß: »Vielleicht schaffen Sie es ja sogar bis zum CEO?« Natürlich muss er dazu zunächst einmal Erfolge vorweisen und durch seine Leistung imponieren. Oberste Priorität: Die wirtschaftlichen Zahlen und Bilanzen der Klinik müssen die Konzernvorgaben erfüllen. Die Klinik muss die vorgegebenen Gewinne machen. Anders als sein Vorgänger möchte er diesen Erfolg mit aller Konsequenz erreichen. Dazu muss er sich natürlich durchsetzen und beweisen – gerade gegen die Alten, Ewig-Gestrigen. Auch gegen Chefarzte, die offensichtlich einfach nicht kapieren wollen, dass der wirtschaftliche Erfolg und das Erreichen

von Gewinnen für einen privaten Klinikbetreiber überlebensnotwendig sind. Entsprechend zeigt er ein ernstes Gesicht, verschränkt die Arme vor der Brust und kommt nach einem kurzen allgemeinen Geplänkel (»wie geht es Ihnen?«) gleich zum Thema. »Dieser eine Patient, den Sie nun seit mehreren Wochen in Ihrer Abteilung betreuen, den können wir so definitiv nicht mehr in der Klinik halten.« Mir war schon vor diesem Gespräch und dem Herbeizitieren zu dieser Aussprache klar, dass das sein Thema sein würde. Denn es ist nicht unser erstes Gespräch in dieser Angelegenheit. Schon einige Wochen zuvor hatte mir der Kaufmännische Direktor unmissverständlich klargemacht, dass dieser Patient ökonomisch betrachtet ein wirtschaftliches Desaster für die Klinik sei. Sein Vorschlag: Ich müsse diesen Patienten irgendwie loswerden, ihn notfalls wieder auf die Straße entlassen, denn von da sei er schließlich auch hergebracht worden und dort sei er ja auch lange Zeit zurechtgekommen. Und schließlich: Eine Klinik könne nicht die sozialen Defizite unserer Gesellschaft lösen. Er fügt an, dass es meine Aufgabe als Abteilungsleiter sei, dieses Problem zu lösen. Insbesondere dann, wenn alle Bemühungen des involvierten Sozialdienstes der Klinik gescheitert seien oder sich zumindest keine kurzfristigen Perspektiven ergeben würden. Ich bin innerlich aufgewühlt und wütend. Äußerlich versuche ich ruhig zu bleiben. Nein – dieser junge Technokrat soll nicht ein Erfolgs- und Machtgefühl erleben. Ich habe »meinen« Patienten vor Augen und denke nochmals an die letzten Wochen. An das Drama um einen Obdachlosen, das die Pflegekräfte und Ärzte erlebten, und die Entwicklung, die der Patient durchgemacht hat. Den Kampf aller beteiligten Ärzte, Pflegekräfte, Sozialdienstmitarbeiter, Servicekräfte und der Klinikseelsorge um und für diesen Menschen.

An einem frühen Sommerabend wird mein Patient, ein Wohnsitzloser, mit dem Rettungswagen in die Notaufnahme unserer Klinik gebracht. Eine Passantin hatte Hilfe geholt, weil sie den Mann an zwei Tagen nacheinander an exakt derselben Stelle im Stadtpark hatte liegen sehen. Als sie ihn anspricht, reagiert er nicht.

Viele Menschen dürften an dem Hilflosen vorbeigegangen sein. Die sich sorgende Passantin ruft die Polizei an und wartet, bis diese eintrifft. Die Polizisten können natürlich wenig tun, erkennen aber, dass die Situation der im Polizeijargon »hilflosen Person« sehr schlecht ist, und sie beordern den Rettungsdienst. Allein schon die Bergung, Erstversorgung und der Transport des Patienten in unsere Klinik sind eine Herausforderung für das Rettungsdienstpersonal. Der Patient wird in die Notaufnahme unserer Klinik eingeliefert. Der Mann ist kaum ansprechbar, liegt zusammengerollt auf der Liege. Die Kleider, vor allem die Unterwäsche, sind sicher seit Monaten nicht gewechselt worden. Die Kleider sind mit Schimmel überzogen. Eingeкотet, fest am Leib sitzend, sodass sie mit Scheren und Spezialwerkzeug vom Körper gelöst werden müssen. Der rechte Vorfuß ist schwer durchblutungsgestört, entzündet, drei Zehen sind komplett mumifiziert und schwarz, mehrere Stellen am Vorfuß zeigen eine eitrig-feuchte Gangrän mit einem Madenbefall. Die Socken lassen sich beim ersten Versuch nur partiell entfernen. Ein unbeschreiblicher Gestank nach Kot, Urin, abgestorbenem, verjauchtem Gewebe und vermoderten Kleidern. Noch Stunden später liegt der Geruch in den Räumen der Ambulanz, trotz Intensivlüften, Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen. Der Erstbehandlungsraum kann später erst nach mehrfachen Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen wieder zugänglich

gemacht werden. Die wenigen, vom Rettungsdienst mitgebrachten Habseligkeiten können nur in einem Abfallsack entsorgt werden. Immerhin findet man unter seinen Sachen einen alten, abgelaufenen Ausweis. Name, vermutlich der letzte Wohnsitz und das Alter sind somit bekannt. Er ist 54 Jahre alt, laut Ausweis 1,78 m groß. Stark abgemagert, wiegt vermutlich weniger als 45 Kilogramm. Sein kachektischer Körper zeigt alle Hinweise einer schweren Exsikkose, einer Austrocknung des Körpers. Er stöhnt bei jeder Berührung. Eine Kontaktaufnahme zu ihm ist nicht möglich. Der Blutdruck ist niedrig, die Herzfrequenz so hoch wie nach einer schweren körperlichen Anstrengung. Das Pflegepersonal leistet Heroisches. Es läuft das Routineprogramm ab: Blutabnahmen, Infusionstherapie, Schmerzmittelgabe, Kreislaufstabilisierung, Sauerstoffgabe, EKG. Der Patient wird mehrfach am ganzen Körper mit Seife und Desinfektionsmittel grob gereinigt. Festsitzende Beläge und die meisten Körperhaare werden mit Scheren und Rasierer entfernt. Das EKG zeigt dann: Der Patient hat ein akutes Coronarsyndrom, also einen Herzinfarkt. Fast alle Blutlaborwerte sind pathologisch, insbesondere sind die Herzenzyme als indirekter Hinweis auf ein ablaufendes Infarktgeschehen deutlich erhöht. Sie zeigen außerdem eine schwere Anämie, das heißt, rote Blutkörperchen fehlen als Sauerstoffträger. Dazu sind die Leukozyten (weiße Blutkörperchen) massiv erhöht, was auf eine schwere generalisierte Entzündungsreaktion hinweist. Das rechte Bein ist kritisch durchblutungsgestört. Pulse sind dort nicht tastbar, schon der Puls in der rechten Leiste lässt sich nicht fühlen. Somit stellt sich eine desolante Situation dar mit, medizinisch nüchtern ausgedrückt, folgenden Diagnosen: schweres Coronarsyndrom, Anämie, Sepsis, verursacht wohl durch eine feuchte Gangrän am

rechten Fuß, schwere arterielle Durchblutungsstörung, Dehydrierung, schwere Verwahrlosung.

Verschiedene Fachdisziplinen arbeiten nun zusammen: Anästhesisten und Intensivmediziner, Kardiologen, Gefäßchirurgen. Nach zahlreichen intensivmedizinischen Maßnahmen und leichter Stabilisierung des Zustandes erfolgt eine Notfall-Herzkatheter-Untersuchung. Es stellt sich heraus, dass zwei der drei Herzkranzarterien nahezu verschlossen sind. Den Kardiologen gelingt es, diese beiden hochgradig verengten Stellen mit Ballonkathetern wieder aufzudehnen und an diesen Stellen Stents zum Offenhalten zu implantieren. Auf dem Kathetertisch kommt es dabei zu einer kritischen Situation mit einem Herzstillstand. Der Patient muss kurzzeitig reanimiert werden. Dies hat Erfolg. Er wird danach zur Überwachung auf die Intensivstation übernommen. Blutkonserven, Antibiotika, kreislaufwirksame Medikamente. Es wird in den Folgetagen die ganze Palette des in solchen Situationen medizinisch notwendigen Programms abgespult. Der Patient stabilisiert sich zunehmend, ist nun ansprechbar, jedoch kaum kommunikativ, antwortet fast nur mit Ja oder Nein. Die meiste Zeit liegt er in Embryonalstellung im Bett, zieht die Bettdecke bis zum Gesicht hoch. Die Situation des rechten Beines ist kritisch. Es besteht die Gefahr einer Beinamputation. Eine Kernspinuntersuchung der Aorta, Becken- und Beinarterien ergibt in der rechten Beckenarterie einen Arterienverschluss. Außerdem ist die Hauptarterie am rechten Oberschenkel auf ganzer Länge verschlossen. Ohne rasche Maßnahmen wird der Patient sein Bein verlieren oder an einer Sepsis versterben. Der Sozialdienst unserer Klinik versucht intensiv, das Umfeld des Patienten auszuloten, um mögliche nächste Angehörige zu finden – vergeblich. Eine

Pflegschaft soll eingerichtet werden, das dauert in der Regel mehrere Tage. Zusätzlich wird ein Amtsrichter eingeschaltet. Der Patient verweigert zunächst die Nahrungsaufnahme. Das intensive Kümmern des Pflegepersonals führt dann dazu, dass er langsam zugänglicher wird. Er beginnt Nahrung zu sich zu nehmen. Er ist anfänglich noch zu schwach und muss gefüttert werden. Ab und zu beantwortet er nun Fragen etwas ausführlicher. Es erfordert mehrere geduldige Gespräche, bis der Patient in die notwendigen weiteren Behandlungsmaßnahmen einwilligt. Er scheint zu verstehen, dass er sonst sterben oder zumindest sein rechtes Bein verlieren wird. Und offensichtlich möchte er dies nicht! So führen wir eine Wiedereröffnung der rechtsseitig verschlossenen Beckenarterie mittels einer Katheterintervention durch, ein Stent wird implantiert. Der Eingriff ist erfolgreich, die Durchblutung des rechten Beines danach deutlich besser. Gleichzeitig werden die abgestorbenen Zehen und ein Teil des nicht mehr zu rettenden Vorfußes amputiert und eine Wundbehandlung mit einem Vakuum-Therapie-System begonnen. Zwar geht es dem Patienten danach deutlich besser, die Entzündungswerte im Blut normalisieren sich, er benötigt deutlich weniger Schmerzmittel. Aber es zeigt sich, dass die immer noch verschlossene Oberschenkelarterie die Durchblutung des Unterschenkels so einschränkt, dass eine Abheilung der Wunde am Vorfuß nicht zu erwarten ist. Wieder sind mehrere Gespräche notwendig, bis sich der Patient zur nächsten Therapiemaßnahme durchringen kann: die Implantation eines Bypasses von der Leistenarterie bis zur Kniearterie hin. In einer mehrstündigen Operation implantiere ich ihm einen solchen Bypass. Die Maßnahme ist erfolgreich. Im Verlauf der nächsten Tage verbreitet sich zunehmender Optimismus, dass das Bein erhalten