

Inhalt

Vorwort	7
1 Krankenhaus-Monopoly	15
2 Wohnsitzlos	19
3 Ärzte-Manager	31
4 Case Mix	43
5 Krankenhaussterben	57
6 Klinikkonzerne	69
7 Privatisierungsstrategien	81
8 Ethik oder Monetik	91
9 Leihschwester	95
10 Beinamputation	107
11 Controlling	121
12 Arzt oder Betriebswirt	127

13 Marketing	135
14 Outsourcing	145
15 Indikation	155
16 Grenzverweildauer	165
17 Ärzteausbildung	171
18 Führungskräfte	181
19 Kostenexplosion	191
20 Zeitmanagement	197
21 Schönreden	203
22 Killerkeime	209
23 Waisenmedizin	215
24 Dystopie oder Utopie?	221
Dank	227
Anmerkungen	229

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 hinzukaufte 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 Gesundheitsökonomern einer Bertelsmann-Studie, wären für ganz Deutschland künftig 600 Kliniken ausreichend. Andere Gesundheitsökonomern sprechen sogar von nur noch 400.² Als Vorbild verweisen die Verfasser der Studie auf Länder wie Dänemark, wo eine deutlich geringere Krankenhaussdichte 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 hilfeschenden 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 Gesundheitsökonomen 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