

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 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 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 menschenorientierten 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 hilfeschreitenden 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 Chefärzte, 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