Dr. Konrad Görg[*], Arzt am Uni-Klinikum Marburg, das sich in Besitz der Rhönkliniken befindet, hat am 1.10.2012 eine Rede gehalten, die wir unseren Leserinnen und Lesern zugänglich machen wollen. Es geht dabei um die Ungleichbehandlung von Patienten, um das Zwei-Klassen-System und die Folgen der weiteren Kommerzialisierung auf das Verhältnis von Arzt und Patient. Bitte geben Sie diesen Text an Interessierte weiter und engagieren Sie sich bitte, wenn in ihrem Umkreis die Privatisierung von Kliniken ansteht. Neben wichtigen Anmerkungen zur Wirkung der Geld-Steuerung auf das Verhältnis von Arzt und Patient, enthält der Text auch gesellschaftspolitisch interessante Erfahrungen: Ich persönlich halte den Sozialstaat – trotz all seiner uns bekannten Mängel – für eine der größten europäischen Kulturleistungen und es ist nicht hinnehmbar, wenn der Sozialstaat, also die organisierte Solidarität, immer weiter zurückgedrängt wird. **Albrecht Müller**.

15. Montagsgebet in der Elisabethkirche: “Das Wort zur Sache”

von Konrad Görg, gehalten am 1.10.2012

Klinikärzte im Spannungsfeld zwischen Profit und Patientenwohl

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Freunde, ich möchte mich ganz herzlich bedanken, dass ich heute hier zu Ihnen “das Wort zur Sache” sprechen darf.
Und besonders danken möchte ich auch meinem Quintett “Marburg Brass” und Prof. Weyer an der Orgel für die so wunderbare Musik.

Gerne hätte ich dort oben mitmusiziert, aber als nun – neben meinem Zwillingsbruder – **dienstältester Arzt am hiesigen Uni-Klinikum** fühlt man eben doch so etwas wie eine moralische Verpflichtung, sich zu diesem wichtigen Thema hier in diesem Forum zu äußern. Ich freue mich, dass Sie **so** zahlreich erschienen sind.

In den letzten Wochen und Monaten haben wir zur Situation an unserer Klinik – von den verschiedensten Standpunkten aus – wichtige Informationen erhalten.

Heute möchte ich das Blickfeld noch einmal ein wenig verändern:
Zunächst durch ein kurzes, selbstkritisches Zurückschauen in die Vergangenheit.
Und mit einer so geschärften Wahrnehmung soll anschließend die derzeitige Situation am Klinikum betrachtet werden, und zwar unter besonderer Berücksichtigung unseres neuen Entlohnungssystems, des Fallpauschalensystems.
Als Letztes möchte ich einige Ausblicke in die zukünftige Entwicklung des Krankenhauses wagen.

Ich gebe zu, was ich zu sagen habe, mag für einige von Ihnen zu parteiisch sein, zu einseitig.
Aber:
Manchmal fordern gewisse Missstände parteiische Stellungsnahmen geradezu heraus, und **als Ärzte müssen wir Partei ergreifen, Partei für die uns anvertrauten Patientinnen und Patienten**.
Außerdem: Wenn man gegen einen ökonomischen Zeitgeist argumentieren will, der immer mehr Lebensbereiche bestimmt, muss man wirklich tüchtig einseitig sein.

Ja, genau 33 Jahre sind es her, dass ich 1979 – damals noch unter Prof. Martini – als junger Assistenzarzt am hiesigen Klinikum zu arbeiten begann.
Lange ist es her!
Aber ich werde jetzt keinen jammervollen und nostalgischen Ton anstimmen, nach dem Motto: Früher war alles viel besser. Nein!
Denn auch damals gab es große Ungerechtigkeiten wie z. B. **Ungleichbehandlungen von Patienten**, die für viele von uns nur schwer auszuhalten waren.

Und so werden Sie in meinen Ausführungen immer wieder auch den einzelnen Arzt finden, der damals wie heute in einem Spannungsfeld stand und steht:
ein Spannungsfeld zwischen einerseits seiner individuellen Menschlichkeit und Fürsorge für den Patienten, und andererseits persönlichen oder von außen einwirkenden finanziellen Interessen.

Hierzu zwei Begebenheiten – zunächst aus der Vergangenheit:

Es sind schon viele Jahre her, dass einmal ein Bürgermeister aus einer großen mittelhessischen Stadt wegen Fieber, Husten und Auswurf in unser Krankenhaus eingewiesen wurde. Lungenentzündung diagnostizierten wir Ärzte und nahmen ihn stationär auf.
Damals gab es auch einen jungen Assistenzarzt in der Röntgenabteilung, der täglich in einer kleinen Kammer Röntgenaufnahmen der Lunge bei Patienten zu machen hatte.
So auch an jenem Tag, als der Chef der Röntgenabteilung plötzlich – mit besagtem Bürgermeister im Rollstuhl – erschien.
Sich vorbeidrängend an einer langen Wartenschlange im Flur, schob er auch den jungen Assistenzarzt beiseite, bugsierte den Bürgermeister zum Rö-Apparat, machte persönlich eine Lungenaufnahme und besprach anschließend in großer Sorgfalt den Befund mit seinem Privatpatienten.
Nach einer halben Stunde schließlich signalisierte der Chef seinem Assistenzarzt, nun doch bitte weiterzumachen und die immer länger werdende Schlange endlich “abzuarbeiten”.

So weit, so gut – oder auch nicht.
Der Bürgermeister, als er wieder genesen und entlassen war, bedankte sich in der Presse aufs Herzlichste bei den Mitarbeitern für die so fürsorgliche Behandlung im Krankenhaus. „Er könne überhaupt nicht verstehen, dass es Patienten gäbe, die diese Einrichtung kritisch bewerteten.“

So die Worte des Bürgermeisters.

Wir erkennen im Blick auf diesen Patienten:

Jeder sieht nur das, was er sehen kann und sehen will.

Und ich frage mich daher für heute ganz allgemein:

Wird es in unserem Gesundheitswesen jemals eine Veränderung geben, wenn wir unseren Politikern und anderen wichtigen Entscheidungsträgern realistische Erfahrungen in unseren Krankenhäusern immer wieder vorenthalten – eben weil sie Privatpatienten sind?

Eine Erfahrung, wie zum Beispiel diese:

4 Stunden im Notfallbereich zu warten, ohne einen Arzt gesehen zu haben, um sich dann resigniert, geschwächt und letztendlich verzweifelt einfach davon zu schleichen, wie es mein Schwiegervater vor einem Jahr am Klinikum erlebte.

Eine weitere Geschichte:

Einige Jahre später erhielt unser junger Assistenzarzt – jetzt auf Station – einen Anruf seines Oberarztes, er möge bitte – auf Geheiß des Chefs – ein Einzelzimmer für einen Privatpatienten, bei dem einige Untersuchungen zu machen seien, bereitstellen.
Dies war dem Stationsarzt jedoch nicht möglich. Alle Betten auf seiner Station waren belegt.
Und so kam, was kommen musste: Der Oberarzt erschien auf Station, nahm ein Zweibettzimmer, entließ die eine der beiden Patientinnen sofort – heute würden wir dies zynisch blutige Entlassung nennen – und schob die andere schwerer erkrankte Patientin einfach aus ihrem Zimmer in den ärztlichen Untersuchungsraum.
Der Privatpatient hatte nun sein Einzelzimmer.

Wir sehen am Verhalten dieser leitenden Ärzte:

Die Scheidewand zwischen Anvertrautsein und Preisgegebensein ist hauchdünn. Fürsorge und Willkür liegen nahe beieinander.

Und wir erkennen:

Auch in der Vergangenheit gab es Ärzte, die korrumpierbar waren – hier in diesem Fall durch die in unserem Gesundheitssystem angelegte Möglichkeit, privat liquidieren zu dürfen.

Nebenbei: In Schweden wurde dieses **“Zweiklassensystem”** – auch aufgrund solcher Verwerfungen – abgeschafft.

Und wie ist die Situation heute?

Es existiert noch immer ein Unterschied zwischen Privatpatienten und Kassenpatienten – die Erfahrung von Ungleichbehandlung hat sicherlich der eine oder die andere von Ihnen schon gemacht.
Wir haben also dieses alte Problem noch immer nicht gelöst – so lesen wir in den Zeitungen ganz aktuell, dass Privatpatienten anscheinend viel schneller Organtransplantate bekommen als Kassenpatienten – doch stehen heute ganz anders gelagerte Konflikte im Vordergrund, insbesondere in Marburg angesichts eines Klinikums in privater Hand.
Denn ein börsennotiertes Unternehmen wie Rhön muss den Spagat eingehen zwischen einer guten Krankenversorgung und einer hohen Rendite, eine Rendite, welche die immensen Schulden des Konzerns tilgt und Gewinnausschüttung für die Aktionäre leisten soll – bei seriöser Betrachtung eigentlich ein unmögliches Unterfangen.

Wie sich ein derartiger Interessenskonflikt konkret auswirkt, möchte ich kurz mit einem Beispiel aus der Gegenwart aufzeigen.

Eine der ersten Maßnahmen nach Übernahme durch den Rhönkonzern war es, aus Kostengründen für jeweils zwei räumlich sehr nahe – quasi gegenüberliegende Stationen im Krankenhaus – nachts nur noch eine einzige Krankenschwester einzusetzen anstatt wie bisher zwei. Diese beiden Pflegekräfte hatten sich früher bei allen möglichen nächtlichen Problemen auf den Stationen immer gegenseitig unterstützen können.
Jetzt war folgendes Procedere vorgesehen:
Sollten auf den beiden Stationen schwerkranke Patienten liegen, gab es die Möglichkeit, für die Nacht aus einem neu angelegten sogenannten Schwesternpool eine zweite Schwester anzufordern.
Das Problem war nur, dass dieser Pool chronisch unterbesetzt war.

So auch an einem Wochenende im Frühjahr 2007, als eine alte sterbenskranke Patientin aufgenommen wurde. Ihr größtes Problem war, dass sie alleinstehend war, dass sie keinen Angehörigen hatte, der sich nachts im Krankenhaus um sie hätte kümmern können.
So wurde für die Nacht aus besagtem Pool eine zweite Schwester angefordert, aber der Pool war – wie nicht anders zu erwarten – wieder einmal leer.
Notgedrungen schob die Nachtschwester die sterbende Frau aus ihrem Zimmer auf den hell erleuchteten Stationsflur, um sie des Nachts bei ihren Rundgängen doch noch ab und zu ein wenig im Auge zu haben.
In dieser **menschlich untragbaren Situation** ist unsere Patientin in ihrer dritten Nacht auf dem Flur verstorben.

Nach einem solchen Ereignis mussten wir Ärzte uns selbst anklagen, weil wir nicht rechtzeitig diese strukturelle Misere erkannt hatten. Aber wir haben nach diesem Vorfall verspätet dann doch noch gehandelt und einen Beschwerdebrief aufgesetzt.
Ja, und wenige Tage später wurde diese Nachtwachenanordnung in der Tat rückgängig gemacht, sodass wieder jede einzelne Station ihre eigene Nachtschwester bekam.
Der Rhönkonzern hatte also auf unsere Beschwerde hin reagiert. Der Sparzwang zu Lasten von Patienten wurde in diesem Falle aufgehoben.

Doch machen wir uns für die Zukunft nichts vor.

Gesellschaftliche Subsysteme – wie man Krankenhauskonzerne soziologisch nennen kann – werden heute durch den Code “Geld” gesteuert.
In einem solchen Subsystem kann Ethik nur bedingt handlungswirksam werden, da der Code “Moral” mit Signalen wie “gut” und “böse” kompatibel ist, aber nicht mit dem Code “Geld”.

Mit anderen Worten:
Unternehmen, die vornehmlich nach moralischen Überlegungen in unserem Wirtschaftssystem handeln, werden vom Markt gnadenlos mit Untergang bestraft.
Oder sie werden zu einem Spielball, zu einem Objekt der Begierde von Großkonzernen, von sogenannten “Global Players” der Marktbranche, ganz nach dem Motto der kapitalistischen Konkurrenzideologie:

Fressen oder Gefressenwerden.

Entschuldigen Sie bitte die letzten harten Worte, aber wir müssen wieder lernen, die **Dinge richtig beim Namen zu nennen**.

Dieses Dilemma ist natürlich nicht nur auf den Rhönkonzern begrenzt.
Alle Krankenhäuser, städtische, staatliche und auch kirchliche, unterliegen heute einem zunehmenden Kosten-Nutzen-Kalkül.
Unmenschliche Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter, Stellenabbau, Entlassungen, Ausgliederung in den Billiglohnsektor und Überlastungsanzeigen im Pflegebereich sind die Folge und ich frage mich:
Wo bleibt in diesem kommerzialisierten System überhaupt noch die Zeit – und vielleicht demnächst auch die Fähigkeit –

für das Gespräch am Krankenbett?

Empathie, menschliche Wärme und Fürsorge für den Kranken werden heute ersetzt durch einen möglichst reibungslosen Service an einem Dienstleistungskunden.

Wir haben hierüber in dieser Kirche in den letzten Wochen schon vieles und wichtiges erfahren.

Manche Krankenhäuser meinen nun, den enormen wirtschaftlichen Druck, dem sie ausgesetzt sind, über das sogenannte “Fallpauschalensystem” entschärfen zu können

Und hier erscheint am Horizont **eine neue, weitere, schreckliche Form der Zwei-Klassen-Medizin**.

Dies muss ich etwas genauer erklären:

Seit 2003 erfolgt in Deutschland die Abrechnung stationärer Leistungen am Patienten nicht mehr über den früheren Krankenhaustagessatz, sondern über eine für die jeweilige Erkrankung des Patienten bundesweit festgelegte Fallpauschale.
Mit der Einführung dieses Systems gibt es für gewisse – ich betone: für gewisse Krankenhäuser nun eine Möglichkeit, in die Gewinnzone zu kommen.
Man unterscheidet heute nämlich nicht mehr so sehr zwischen lukrativen Privatpatienten und armen Kassenpatienten, sondern zwischen **Erkrankungen**, Erkrankungen, mit denen man Geld verdienen kann und solchen, mit denen man Verluste macht.
Amerikanische Gesundheitsmanager unterscheiden in ihrer pragmatischen und etwas schnoddrigen Art zwischen “**cash cows**” und “**poor dogs**“.

Cash cows – also Kühe, die man melken kann – sind Patienten mit Krankheiten, bei denen ein Krankenhaus Gewinne erzielt, wo technisch aufwändige Maßnahmen durchgeführt werden, wie z. B. Hüft- und Kniegelenksprothesen-OPs, Nieren- und

Knochenmarkstransplantationen, um nur einige wenige zu nennen.
Poor dogs sind Patienten mit Krankheiten, bei denen ein Krankenhaus kein Geld verdienen kann, wo es immer draufzahlen muss.
Solche armen Hunde sind für Kliniken – wirtschaftlich gesehen – absolut unattraktiv. Zu ihnen zählen u.a. alte Patienten, Patienten mit vielen Krankheiten und chronisch Kranke, wie z.B. Patienten mit chronisch offenen Beinen oder Patienten, die sich wund gelegen haben oder auch Rheumatiker.

Eine wichtige, ja eine ganz entscheidende Frage ist nun:

Wie werden wir Ärzte uns in der Zukunft verhalten, wenn bei unseren Patienten solche Unterscheidungen durch unsere Verwaltungen vorgegeben werden?

Ein guter Freund, Chefarzt eines nahe gelegenen, privaten Krankenhauses erzählte mir kürzlich eine Begebenheit:
Zum Jahresende wurde er von seinem Kaufmännischen Direktor über das Ergebnis der Jahresabrechnung informiert: „Lieber Professor“, begann der Dierektor, „bei 70 % der Patienten konnten wir nach Einführung des Fallpauschalensystems einen Gewinn erzielen, bei 30% haben wir jedoch deutlich rote Zahlen geschrieben. Ich freue mich, dass wir trotz allem insgesamt ein kleines Plus erwirtschaftet haben.“
– Erleichterung machte sich auf dem Gesicht des Arztes breit. –

Doch dann:
„Bevor Sie nun wieder gehen lieber Herr Professor, habe ich nur noch eine kleine Frage: Nennen Sie mir doch bitte ein wirtschaftliches Argument, warum ich jene 30% Verlust-Patienten – wir wissen beide, welche Krankheiten sie haben – im neuen Jahr noch aufnehmen und behandeln lassen soll.“

Zunächst etwas irritiert, antwortete mein Freund dann: „**Das wirtschaftliche Argument bin ich!** In dem Augenblick, wo Sie dies machen, kündige ich sofort.“
Diese Antwort verdient Anerkennung, zeugt sie doch von einem humanen Ethos dieses Chefarztes, **eines Arztes, der sich nicht korrumpieren ließ.**

Ein weiteres Beispiel:

In einem katholischen Krankenhaus in Mittelhessen weigert sich der leitende Chirurg, allgemein-notfallchirurgische Aufnahmen aus der Stadt anzunehmen, wie Verkehrsunfälle, Knochenbrüche, u.s.w.
Er wolle sich nur noch auf Operationen von Hüft- und Kniegelenksprothesen konzentrieren,

die sehr lukrativ sind. Dieses Krankenhaus prosperierte nach wenigen Monaten, wurde gesund, konnte sogar expandieren. Ob es vielleicht auch an die Börse geht?

Was lernen wir aus diesen Beispielen?

Einmal, dass manche Ärzte **auch heute korrumpierbar** sind.

Zum anderen:

Es besteht in unseren Krankenhäusern eine prinzipielle Gefahr der sogenannten “**Schnäppchenmedizin**“, die dazu führt, dass finanziell attraktive Patienten bevorzugt werden.

Und das Perverse ist:
Ein Krankenhaus, das nur noch solche “cash-cow-Patienten” aufnimmt, kann diesen dann selbstverständlich auch eine gute und umfassende pflegerische Betreuung zukommen lassen.
Aber eben nur diesen handverlesenen Patienten. Unattraktive Patienten dagegen werden in andere Krankenhäuser abgeschoben.

Aber wer wird sie aufnehmen?

Unser Gesundheitssystem sieht nun vor, dass diese Patienten von sogenannten Krankenhäusern der Erstversorgung, also von staatlichen oder kommunalen Krankenhäusern aufgenommen werden, – ja aufgenommen werden **müssen**, denn nach bestehendem Recht dürfen Krankenhäuser der Erstversorgung **niemanden** ablehnen.
So finden wir dann auch hier ein uns bekanntes Muster:

Gewinne werden privatisiert, Verluste sollen sozialisiert werden.

Eine erschreckende Entwicklung bahnt sich hier seit geraumer Zeit an:
Nach Ansicht von Experten werden in 10 Jahren die Hälfte aller hoch spezialisierten Kliniken – und das sind die Häuser, die teure, aufwändige und damit äußerst gewinnträchtige Leistungen anbieten – in Form von Aktiengesellschaften geführt werden.
Kann man das aus gesamtgesellschaftlicher Verantwortung wollen?

Zurück nach Marburg:

Zum Glück gibt es für die Uniklinik in Marburg für dieses letztgenannte Problem der Schnäppchenmedizin derzeit eine Entwarnung: Noch!!

Denn unser Klinikum ist sowohl ein Krankenhaus der Erst- als auch der Maximalversorgung. Bei uns **muss jeder** aufgenommen werden und **es wird auch** jeder aufgenommen, egal ob man nun cash cow oder poor dog ist. Hier wird niemand abgewiesen.
Und ich hoffe sehr, dass dies auch so bleiben wird.

Eine sogenannte “**Portalmedizin**“, bei der am Eingang einer Klinik Ärzte nach kommerziellen Gesichtspunkten über eine Aufnahme entscheiden, gibt es in Marburg nicht und Rhön will dies wohl auch nicht, derzeit.

Doch in den Hochglanzbroschüren des Rhön-Konzerns finden wir allzu häufig ein Schlüsselwort, nämlich “Teleportalmedizin”. Hier kann über sogenannte mediale Vernetzungen im Voraus entschieden werden, welches Krankenhaus welchen Patienten mit welcher Krankheit aufnehmen soll.
Dies mag eine mögliche Richtung sein, wie sich unser Klinikum in Zukunft weiterentwickeln könnte.

Eugen Münch – Unternehmensgründer der Rhön-Klinikum AG – hatte dieses Problem natürlich früh erkannt und formulierte in diesem Zusammenhang schon 2005 in seiner bekannten, etwas flapsigen Art:

„Tatsächlich muss die Universitätsklinik zu viele “leichte” Patienten betreuen, die in zu teuren Betten liegen. Es ist ein bisschen so, als wolle die Klinik mit Rolls-Royce-Limousinen Personen-Nahverkehr betreiben.“

Hier müssen wir in der Zukunft alle äußerst auf der Hut sein.

Zurück zur Gegenwart.

Das Fallpauschalensystem bietet aber noch eine weitere Möglichkeit, einen Gewinn zu erzielen. Nämlich dadurch, dass es aus einigen poor dogs doch noch eine cash cow machen kann. Und dies geschieht durch eine radikale Veränderung der Zeitabläufe in einer Klinik. Weil Zeit Geld ist, muss alles immer schneller gehen. Die Arbeit wird verdichtet, die Leistung dadurch immer weiter erhöht.
Durch eine **solche Beschleunigung aller Zeitabläufe** – besonders im stationären Klinikbereich – entstehen für unsere Patienten u.a. immer kürzere Liegezeiten.

Ja, und so kann – nur mal als Beispiel – aus einem Patienten mit einer Lungenentzündung, der vielleicht eine oder zwei Wochen im Krankenhaus liegt und damit nach der Fallpauschalenentlohnung ein poor dog ist, bei einem stationären Aufenthalt von lediglich 3

Tagen eine lukrative cash cow werden.

Für manche, besonders jüngere Patienten mögen diese verkürzten Liegezeiten u. U. sinnvoll sein – wer ist nicht froh, wenn er früher nach Hause entlassen wird – , doch vor allem bei älteren Menschen können solche vorzeitigen Entlassungen fatale Auswirkungen haben.

Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang eine Studie aus den USA, die an der University School of Medicine in Connecticut durchgeführt wurde.
Darin wurden die Behandlungsdaten von alten Patienten mit Lungenentzündung aus den Jahren 1992 und 1997 analysiert, vor und nach der Einführung von Fallpauschalen.
Es zeigte sich in der Tat, dass die Verweildauer mit dem neuen System durchschnittlich um 35 Prozent zurückging. Die Krankenhauskosten pro Fall verringerten sich um 25 Prozent. Die Sterblichkeit im Krankenhaus ging um 15 Prozent zurück.

Jedoch:
bei Ausweitung der Untersuchung auf die ersten 30 Tage nach der Entlassung stellte man fest, dass hier die Sterblichkeit um 35 Prozent gestiegen war. Die Wiederaufnahmen wegen eines Rückfalls nahmen um 23 Prozent zu und die Verlegung in eine Pflegeeinrichtung sogar um 42 Prozent.

Diese Zahlen belegen für den Fall der Lungenentzündung bei alten Menschen eine eindeutige Verschlechterung der Behandlungsqualität durch das neue Fallpauschalensystem.
Alle Verantwortlichen müssen sich über diese Gefahren im Klaren sein.

Was lernen wir daraus?

Es gehört anscheinend zum Wesen unseres ökonomischen Fortschritts, dass er die Schwächsten einer Gesellschaft, die Alten, die Kinder und die chronisch Kranken zuerst schlägt.

Ich frage nun noch einmal:

Werden wir Ärzte in Zukunft dem zunehmenden Druck standhalten, der durch ein solch kommerzialisiertes Gesundheitssystem auf uns ausgeübt wird?

Und wir sollten uns im Klaren sein: Rhön ist in diesem System eine Speerspitze.

Doch fairerweise muss man derzeit feststellen: Noch mischt sich Rhön weder bei unseren Patientenaufnahmen ein, geschweige denn in unsere ärztlichen Maßnahmen.

Hier sind wir Assistenzärzte und ich **hoffe** doch auch unsere Chefärzte für die Zukunft absolut frei und unabhängig.

Warum nur ein **Hoffen**?

Weil in den letzten Jahren an zahlreichen privaten Krankenhäusern sogenannte “**Chefarzt-Boni-Verträge**” abgeschlossen wurden, Verträge, die wir bisher nur aus der Finanz- und Bankenwelt kennen- und leider auch fürchten gelernt haben.
Bei diesen Zahlungen erhält der Chefarzt am Jahresende ein Extra-Honorar, d. h. einen Bonus, wenn er eine bestimmte Anzahl von speziellen medizinischen Leistungen erbracht hat, Leistungen nämlich, die für den Klinikbetreiber äußerst profitabel sind, wie z. B. die uns schon bekannten Implantationen von Hüft- oder Kniegelenksprothesen, oder aber auch Herzkatheteruntersuchungen.

Problematisch wird es nun, wenn eine solche gewinnträchtige Behandlung für den betroffenen Patienten – medizinisch gesehen – gar nicht sinnvoll oder notwendig ist, sie aber dennoch, aufgrund des finanziellen Anreizes, vorgenommen wird.

Aus diesem Grunde stellen solche Chefarzt-Boni-Verträge in meinen Augen eine weitere, **schlimme Form der Korrumpierbarkeit von Ärzten** dar.

Auch wenn ich derzeit an unserer Klinik – nämlich schwarz auf weiß – noch von keinen solchen Verträgen weiß, ist ernsthaft – **wirklich ernsthaft** – anzunehmen, dass auch Rhön zu einer solchen Praxis übergehen wird – oder sie vielleicht gar schon praktiziert.

Und so ist eindringlich zu fragen:

Wie werden sich in der Zukunft unsere Chefärzte, die Direktoren unserer Klinikabteilungen, verhalten, **wenn ihnen solche Bonus-Zahlungen von Rhön angeboten werden**?

Denn eine wirklich schreckliche Situation würde eintreten, wenn irgendwann unsere Patienten – egal ob im Einzelfall berechtigt oder unberechtigt – hinter unseren individuellen ärztlichen Maßnahmen, eine verborgene, unausgesprochene, geldgesteuerte Handlungsanweisung vermuten könnten.

Ein Horrorszenario für unsere ärztliche Ethik, denn wir Ärzte sind und bleiben dem “Eid des Hippokrates” verpflichtet, in dem die Fürsorge für den Patienten über alles andere gestellt ist.

Ich komme zum Schluss, fasse zusammen und ordne politisch ein:

1. **Wir Ärzte beginnen langsam zu lernen, dass in einer marktorientierten Medizin die Vorrangstellung des Patienten zunehmend einer Einflussnahme von Investoren, Bürokraten, Versicherungsgesellschaften und Krankenhausträgern weicht.**
   In dem Augenblick jedoch, in dem ärztliche Fürsorge dem Profit dient – egal ob dem eigenen oder einem fremden –, hat sie die wahre Fürsorge verraten. Dieser moralische Irrweg lässt sich nicht mehr reparieren.
2. Für uns Marburger Bürger sollte klar sein, dass sich in unserer derzeitigen lokalen Auseinandersetzung ein gesamtgesellschaftlicher Kampf um die Zukunft unseres Zusammenlebens widerspiegelt.

   Wollen wir eine durchökonomisierte, marktkonforme Gesellschaft, in der das Verwertbarkeits-, Effizienz- und Nützlichkeitsdenken der Wirtschaft auch in die letzten Winkel unseres Lebens kriecht, wo aus allen zwischenmenschlichen Beziehungen nur noch Leistungen werden, die entweder gekauft oder verkauft werden können?

   Es geht letztlich damit auch um die ganz prinzipielle Frage, ob bisher fürsorglich von der Allgemeinheit verwaltete Bereiche wie Gesundheit, Bildung, Rente, öffentlicher Nahverkehr, Wasser und Energie vom Staat privatisiert werden dürfen, und damit der Gier von solchen Shareholder-Value-Vertretern ausgeliefert werden.

   Ich persönlich halte den Sozialstaat – trotz all seiner uns bekannten Mängel – für eine der größten europäischen Kulturleistungen und es ist nicht hinnehmbar, wenn der Sozialstaat, also die organisierte Solidarität, immer weiter zurückgedrängt wird.

3. Die Politik sei daran erinnert, dass der Fisch vom Kopf her stinkt. Und diesen Kopf bilden einige unsere politischen Repräsentanten, die die reale effektive Macht in die Hände der Finanzmärkte und in die Hände global agierender Wirtschaftskonzerne gelegt haben und die in den letzten Jahrzehnten durch eine fragwürdige Steuerpolitik die öffentliche Hand bewusst in die Armut getrieben haben, ohne zu bedenken,

   dass sich einen armen Staat nur der Reiche leisten kann.

   Und ein zweites:

   Wer den Staat so enorm schwächt, schwächt letztendlich auch unsere Demokratie, bis hin zu einer reinen **Fassadendemokratie**.

4. Daher fordern wir Marburger Bürger für unseren Fall, dass die Politik endlich wieder – im Sinne einer demokratischen Einflussnahme – zu einem Akteur in diesem derzeitigen Theater wird. Und wenn die Politiker – aus welchen Gründen auch immer – dieses Primat der Politik nicht durchsetzen wollen, wird uns wohl nichts anderes übrig bleiben, als mit langem Atem und großer Geduld uns weiterhin jeden Montag – **als Zeichen einer demokratischen Selbstermächtigung** – solidarisch zu empören.
5. Ja, und persönlich wünsche ich mir für die Zukunft – auch in Ihrer aller Interesse –, dass, wenn ich eines Tages als Patient in unsere Klinik eingewiesen werden sollte, ich nicht am Eingang mittels eines sogenannten “Teleportalsystems” von Rhön, Helios, Sana oder von wem auch immer, erfasst und verschoben werde oder vielleicht als “cash cow” in eine “Chefarzt-Boni-Statistik” aufgenommen werde, sondern ich wünsche mir, dass dann dort am Eingang unserer – hoffentlich wieder in gemeinnützig-öffentlicher Trägerschaft geführten – Klinik eine Tafel angebracht worden ist, eine Tafel, so wie es Kaiser Joseph II – ein Sohn der Kaiserin Maria Theresia – im Foyer der 1784 in Wien neu errichteten Frauenklinik tat, eine Tafel mit folgender Aufschrift:

   In diesem Haus sollen die Patienten geheilt und getröstet werden.

Ich danke Ihnen.

(“Saluti et solatio aegrorum”)

[«*] **Dr. med. Konrad Görg**
Arzt für Innere Medizin
Abteilung Hämatologie/Onkologie
Universitätsklinikum Marburg