Nach der Lektüre dieses Buch will man um deutsche Hospitäler einen großen Bogen machen. Thomas Strohschneider beschreibt in „Krankenhaus im Ausverkauf“ ein Gesundheitswesen als Tummelplatz von Profitjägern, Kostendrückern und Pleitegeiern, auf dem Profit über alles geht und das Patienteninteresse an einer bestmöglichen Versorgung nachrangig ist. Im Interview mit den NachDenkSeiten berichtet der ehemalige Chefarzt eines Privatklinikums über Multimorbide, die sich nicht rechnen, Hüft-OPs als Kassenschlager, ausgepumpte Pflegerinnen und Abnutzungsschlachten im Zeichen eines kranken Fallpauschalensystems. Mit ihm sprach **Ralf Wurzbacher**.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/221017_Schwerkranke_moechte_man_am_liebsten_an_der_Krankenhauspforte_abweisen_NDS.mp3

Podcast: Play in new window | Download

***Thomas Strohschneider**, Jahrgang 1955, ist Facharzt für Allgemein- und Gefäßchirurgie. Er studierte Chemie und Humanmedizin an den Universitäten Tübingen und Montpellier, war in der Katastrophenhilfe in verschiedenen Ländern Afrikas aktiv und arbeitete acht Jahre als Chefarzt für Gefäßchirurgie an einer privatwirtschaftlich geführten Klinik in Baden-Württemberg. Von ihm erschien im Frühjahr im Westend-Verlag „Krankenhaus im Ausverkauf. Private Gewinne auf Kosten unserer Gesundheit“.*

Herr Strohschneider, um gleich mit der Tür ins Haus zu fallen: Warum darf man Krankenhäuser nicht den freien Marktkräften überlassen?

Weil dann die Gesetze einer freien Marktwirtschaft gelten: maximale Gewinnorientierung, Kommerzialisierung und Konkurrenzkampf. Das bedeutet, der Profit wird zur obersten Maxime. Um in diesem Konkurrenzkampf überleben zu können, steht für die Krankenhäuser dann nicht mehr das Ringen um eine bestmögliche Therapie des Patienten im Vordergrund, sondern der größtmögliche Erlös. Krankenhäuser müssen aber in erster Linie der Daseinsfürsorge der Bevölkerung dienen und dürfe nicht als Spekulationsobjekte international agierender privater Klinikkonzerne missbraucht werden.

Die Verfechter der Ökonomisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen sagen dagegen, mehr Wettbewerb garantiere mehr Effizienz, bessere Qualität und geringere Kosten. Wer hat denn nun recht?

Wettbewerb führt aber auch dazu, dass man Krankenhäuser immer mehr in For-Profit- und Non-Profit-Kliniken aufteilt. Insbesondere private Klinikkonzerne überlegen sich schon beim Kauf einer Klinik sehr genau, ob diese sich zukünftig gewinnbringend betreiben lässt. Sie sind in erster Linie an medizinischen Sparten interessiert, die Profite versprechen wie etwa an orthopädischen oder herzchirurgischen Abteilungen. Alle Bereiche, in denen man elektiv planen, die Patienten gut vorauswählen und eine getaktete Medizin anbieten kann, sind im Fokus. Andere Abteilungen wiederum streicht man besser aus dem Portfolio und schließt diese sogenannten Kostenfresser. Man überlässt diese lieber den öffentlich-rechtlichen Kliniken.

Was bedeutet all das für diejenigen, um die es eigentlich gehen sollte: die Patienten?

Verlierer sind in erster Linie multimorbide, alte, alleinstehende Patienten, Kinder, Schwangere und Patienten mit aufwendigen, seltenen Erkrankungen. Diese verursachen im jetzigen Abrechnungssystem der Fallpauschalen hohe Defizite. Auch öffentlich-rechtliche oder kirchlich-karitative Träger versorgen diese Patienten zunehmend ungern. Die Versorgungsqualität für die letztgenannte Patientengruppe sinkt. Die Konkurrenz der privaten Klinikbetreiber mit ihrer Konzentration auf die gewinnbringenden Medizinbereiche schwächt die öffentlich-rechtlichen Kliniken, die dadurch noch größere Defizite erwirtschaften. Sie sind die Verlierer. Es drohen ihnen noch größere Verluste und letztendlich auch Klinikschließungen.

Was macht Krankenhäuser so lukrativ? Sonst hört man immer nur, das ganze Gesundheitssystem wäre geldmäßig ein Fass ohne Boden.

Offensichtlich kann man, wenn man es geschickt anstellt und vor allem den lukrativen Marktbereich bedient, gute Gewinne erzielen. Warum sonst interessieren sich wohl große Pharmakonzerne für das Krankenhauswesen, gründen Tochtergesellschaften und erwerben Kliniken, zunehmend auch in ganz Europa und darüber hinaus? Sicher nicht, weil sie unser Gesundheitswesen sanieren oder retten möchten! Nach Abzug von Steuern erzielen einige Konzerne Gewinne im dreistelligen Millionenbereich und zahlen zwischen zehn und 15 Prozent Renditen an ihre Shareholder. Das gelingt unter anderem auch dadurch, dass sich diese Konzerne skrupelloser marktwirtschaftlicher Mechanismen wie Personalreduzierungen, Outsourcing und Abteilungsstreichungen bedienen.

Sie beschreiben in Ihrem Buch „Krankenhaus im Ausverkauf“ sehr eindrücklich, wie der gewachsene Druck auf Mediziner und Pflegekräfte, möglichst kostenschonend und gewinnbringend zu arbeiten, mit der medizinischen Ethik

kollidiert. Wie viele künstliche Hüftgelenke werden heute verbaut, obwohl es die gar nicht bräuchte?

Man kann das schlecht an konkreten Zahlen festmachen. Tatsache ist, dass in kaum einem Land so viele Hüft- und Kniegelenke implantiert, so viele Herzkatheteruntersuchungen, Kniegelenksspiegelungen und Wirbelsäulenoperationen pro Einwohnerzahl durchgeführt werden wie in Deutschland. Da sind wir tatsächlich mehrfache Weltmeister! Und dies kann man nicht damit begründen, dass wir etwa kränker sind oder diese Eingriffe nötiger hätten als zum Beispiel unsere französischen Nachbarn, die trotz einem Drittel weniger Herzkatheteruntersuchungen die gleiche Lebenserwartung haben. Viele Eingriffe und Untersuchungen sind überflüssig und in in manchen Bereichen besteht definitiv eine Übertherapie, die unnötige Kosten verursacht.

Andererseits muss man der großen Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte in unserem Land zugestehen, dass sie ihre Entscheidungen zu Eingriffen und Operationen ausschließlich nach medizinischen Kriterien treffen wollen. Jedoch ist die sublime, häufig schon nicht mehr als solche realisierte „Umprogrammierung“ des ärztlichen Denkens und Handelns gefährlich und ein wesentlicher Grund für diese Entwicklung. Wenn der ökonomische Druck schon bei der stationären Aufnahme des Patienten beginnt, wenn bei Nichterreichen von Gewinnerwartungen und Operationszahlen Stellenstreichungen oder Abteilungsschließungen drohen, dann droht nicht nur die ärztliche Profession in Gefahr zu geraten, sondern auch das Vertrauen der Menschen in unsere Medizin verloren zu gehen.

Sie selbst haben acht Jahre lang als Chefarzt in einer Stuttgarter Klinik gearbeitet, die einem privaten Klinikkonzern gehört. Sollten Sie kein schlechtes Gewissen haben?

Ich habe in diesen Jahren viele, fast tägliche Kämpfe und Diskussionen mit der Klinikverwaltung und den kaufmännisch Verantwortlichen geführt und ja: Mehrmals stand die Überlegung im Raum, die Klinik zu verlassen. Das haben andere Kolleginnen und Kollegen vielleicht konsequenter gehandhabt. Es kam sogar einmal dazu, dass die komplette Abteilung der Kardiologie gemeinsam gekündigt hat. Als Chefarzt hat man jedoch auch eine Verantwortung gegenüber seinen Mitarbeitern, für die ich immer gekämpft und mich eingesetzt habe.

Sie sind also nicht aus freien Stücken bei diesem privaten Klinikträger ausgeschieden?

Im Zuge eines Klinikzukaufs durch den Klinikträger wurden sogenannte

Umstrukturierungsmaßnahmen durchgeführt und eine „Neuorientierung“ beschlossen. Das führte zu Kündigungen und zur Schließung von mehreren Abteilungen. Dazu zählte auch meine Abteilung, die Gefäßchirurgie. Eine solche Abteilung ist allein schon wegen der sehr heterogenen und multimorbiden Patienten keine „cash cow“, aus der man Gewinne herausmelken kann und deshalb natürlich für den Konzern nicht attraktiv. Gleichzeitig wurde übrigens, obwohl der Markt da schon gut bedient ist, eine neue Wirbelsäulenchirurgie eröffnet. Damit lassen sich deutlich bessere Erlöse erzielen.

Ziemlich am Anfang Ihres Buches schildern Sie den Fall eines Obdachlosen, der halbtot und multimorbid bei Ihnen eingeliefert wurde und für dessen Behandlung sie etliche Kämpfe mit der Geschäftsleitung ausfechten mussten. Die wollte den „Kostentreiber“ lieber loswerden. Sie haben sich am Ende durchgesetzt und dem Mann sogar in privater Eigeninitiative zurück ins Leben geholfen. Wie viel Menschlichkeit kann man sich im Berufsalltag noch leisten?

Tatsächlich ist das geschilderte Drama kein Einzelfall. Es hat System. Solche Patienten sind letztendlich unerwünscht. Man möchte sie am liebsten an der Krankenhauspforte abweisen. Dazu zählen solche Patienten, bei denen man schon bei Aufnahme nicht abschätzen kann, wie lange sie stationär behandelt werden müssen, welche Ressourcen sie verbrauchen und ob sie problemlos nach ihrer Behandlung wieder in die häusliche Umgebung entlassen werden können. Konkret: Alleinstehende, Patienten mit Vielfacherkrankungen oder seltenen Erkrankungen, die hohe Behandlungskosten generieren, oder Erkrankte, deren Versicherungsstatus nicht klar ist. Hier wird durchaus manchmal direkt oder indirekt von der kaufmännischen Seite Druck auf Ärzte und Pflegepersonal ausgeübt. Widersetzt man sich den Vorgaben, weil es menschlich und medizinisch nicht anders möglich ist, riskiert man, wie in unserem Fall, Sanktionsmaßnahmen bis hin zur Abteilungsschließung.

Sie schreiben, dass Deutschland das von den Australiern abgekupferte Fallpauschalensystem nach dem Prinzip der Diagnosis Related Groups, DRG, auf ein im Weltmaßstab unerreichtes Level an Perfektion, man könnte auch sagen Perversion, getrieben hat. Was macht das Regelwerk so tückisch?

Das 2003 in Deutschland scharfgeschaltete DRG-System ist gnadenlos. Es lässt nur Raum für eine Medizin mit dem Preisschild. Ursprünglich als ein Patientendiagnose-Klassifizierungssystem erdacht, wurde es umfunktioniert und wird heute als ein reines Abrechnungssystem missbraucht. Medizinische Softwareprogramme entscheiden, ob eine Diagnose erlösrelevant ist oder ihre Behandlung nur die Kosten für die Klinik erhöht. Im deutschen System sind rund 25.000 Diagnosen und 13.000 Prozeduren hinterlegt, abgerechnet wird im Wesentlichen ein Pauschalbetrag für die Hauptdiagnose.

Nebendiagnosen können den Erlös etwas steigern, finden aber, wenn sie nicht erlösrelevant sind, bei der Behandlung des Patienten kaum eine ausreichende Berücksichtigung.

Das klingt nach vorsätzlicher Unterlassung?

Das Versäumte lässt sich ja nachholen. Für die Klinik ist es ökonomisch betrachtet weitaus besser, einen Patienten vorwiegend wegen seiner Hauptdiagnose zu behandeln, beispielsweise wegen seiner erlittenen Gallenkolik. Sobald dieses Problem ausreichend behandelt ist, wird er schnellstmöglich entlassen. Wegen seines entgleisten Zuckers oder seiner Herzschwäche nimmt man ihn dann Tage oder Wochen später erneut stationär auf. Nun kann das Spiel von vorne losgehen. Man bezeichnet dies auch als „Drehtüreffekt“. Die ursprüngliche Absicht bei Einführung des DRG-Systems, nämlich die Zahl der stationären Behandlungen deutlich zu reduzieren und damit Krankenhauskosten zu sparen, wurde ins glatte Gegenteil verkehrt. Die Zahl stationärer Behandlungen und die Kosten sind seit Einführung dieses Abrechnungssystems massiv und kontinuierlich angestiegen.

Das, was Sie schildern, wirkt nicht gerade vertrauensbildend. Oder anders: Allzu krank sollte man besser nicht im Krankenhaus antanzen …

Tatsächlich ist es für den Erlös wichtig, dass der Patient bei der Diagnoseverschlüsselung auf dem Papier möglichst schwer krank gemacht wird. Denn das bringt dann den Gewinn. Natürlich sollte der Patient nicht wirklich so schwer erkrankt sein, dass man seine Behandlungskosten und Behandlungsdauer nicht abschätzen kann. Da gibt es durchaus Kniffe und Tricks, das zu bewerkstelligen, teilweise geht das schon in Richtung Abrechnungsbetrug.

Bei tatsächlich schwer kranken, multimorbiden Patienten sind die öffentlich-rechtlichen Kliniken gegenüber privaten Klinikträgern klar im Nachteil. Sie müssen diese Patienten behandeln und dürfen wegen ihres Versorgungsauftrags kostenintensive Abteilungen nicht einfach schließen. Mit der Behandlung dieser Patienten machen sie Verluste, weil es für sie kein faires, leistungsgerechtes Abrechnungssystem gibt. Es droht dann die Insolvenz, sogar die Klinikschließung.

Warum ist man nicht wenigstens in staatlichen und kirchlichen Kliniken vor Kostendrückern und Profitgeiern sicher?

Leider hat sich der Konkurrenzkampf zwischen den verschiedenen Klinikträgern so zugespitzt, dass auch die öffentlich-rechtlichen sowie die kirchlich-karitativen Träger sich zunehmend ähnlicher Methoden bedienen wie die privaten Klinikkonzerne, verbunden mit

der Hoffnung, damit im Überlebenskampf bestehen zu können. Insbesondere der in den letzten beiden Jahrzehnten aus Einsparungsgründen erfolgte erhebliche Abbau von Stellen in der Pflege hat die qualitative Versorgungssituation der Patienten deutlich verschlechtert.

Apropos Personalnot: Sie beschreiben das DRG-System auch als eine Art von Arbeitsverhinderungsprogramm. Würden Sie das bitte erläutern?

Das Abrechnungssystem ist so komplex geworden, dass man sogar den Beruf eines Codierassistenten eingeführt hat. Auf der einen Seite steht der Medizinische Dienst, der von den Krankenkassen beauftragt wird, die Abrechnungen der Kliniken zu prüfen, um möglichst den Krankenkassen Gelder einzusparen. Um in diesem Abrechnungskampf überhaupt mithalten zu können, haben wiederum die Kliniken mittlerweile viele Ärzte in ihrem Controlling beschäftigt, die nichts anderes versuchen, als die optimalen Rechnungserlöse für ihre Arbeitgeber herauszuholen.

Bundesweit sind auf beiden Seiten mehrere Tausend approbierte Ärztinnen und Ärzte mit diesem Bürokratiemonster beschäftigt und bekämpfen sich wie zwei sich immer weiter aufrüstende Armeen. Wenn man bedenkt, dass einerseits ein Ärztemangel in verschiedenen Bereichen in Deutschland besteht, andererseits allein beim Medizinischen Dienst fast 2.500 Mediziner beschäftigt sind, dann wird klar, wie hier einst gut ausgebildete Mediziner ihrer eigentlichen Aufgabe entzogen werden. Und ein Ende dieser Entwicklung ist derzeit nicht absehbar.

Was muss sich ändern, damit Krankenhäuser wieder zu ihren Ursprüngen zurückfinden?

In erster Linie muss verhindert werden, dass sich die Seuche der Profitgier, der maximalen Gewinnorientierung und der Kommerzialisierung unseres Gesundheitswesens unbegrenzt ausbreitet. Der Ausverkauf der Krankenhäuser im Zuge von Privatisierungen, die Schließung von Kliniken nach fast ausschließlich wirtschaftlichen und nicht nach Kriterien einer Daseinsfürsorge müssen gestoppt werden. Krankenhäuser eignen sich absolut nicht als Spekulationsobjekte für international agierende Klinikkonzerne.

Es braucht auch ein gerechtes, leistungsorientiertes Abrechnungs- und Finanzierungssystem. Das derzeitige DRG-System kann komplett aufgegeben werden. Es gibt genügend gut durchdachte Alternativen und Vorschläge zahlreicher Gruppen und Organisationen, die aber leider von der Politik und bestimmten Interessenverbänden ignoriert werden. In jedem Fall sollten Bund und Länder ihrer gesetzlichen Verpflichtung zu einer dualen Finanzierung von Krankenhäusern wieder nachkommen. Und letztendlich muss

man an der Qualität der Krankenhausversorgung nicht nur mit mehr oder weniger gut durchdachten Qualitätssicherungsmaßnahmen arbeiten, sondern in erster Linie durch einen deutlich verbesserten Personalschlüssel, insbesondere bei der in den letzten Jahrzehnten stark vernachlässigten Pflege.

Ihr Buch ist auch deshalb so lesenswert, weil Sie als Insider sehr spannend, anschaulich und mithin erschütternd aus unmittelbarer persönlicher Erfahrung berichten. Machen Sie in Ihrer neuen Tätigkeit schönere Erfahrungen?

Ich bin noch in Teilzeit in einer großen Praxis tätig. Das macht mir tatsächlich wieder richtig Spaß. Die enge Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen, die auf gleicher Wellenlänge denken, ist für die Arbeitsmoral und damit auch unmittelbar für die Patienten fruchtbar. Ich kann mir selbst die Taktung vorgeben, mir viel mehr Zeit bei der Beratung und Untersuchung von Patienten nehmen und bin nicht zu sehr an ein ökonomisches Diktat gebunden. Natürlich muss man auch hier auf Wirtschaftlichkeit achten. Wirtschaftlichkeit ist aber etwas ganz anderes als Kommerzialisierung.