

{ KLAUS GERTOBERENS }

Auf Kosten der Ärzte und der Patienten

Das Gesundheitswesen darf keine Fabrik zur Geldvermehrung sein.

Nur ein Beispiel: Schlägt man um die Stadt Essen im Zentrum des Ruhrgebiets einen Kreis von fünfzig Kilometern, finden sich gut hundert Kliniken, die Hüften operieren. Bei diesem Überangebot ist es nur logisch, dass die Operationen nicht alle gleich gut, nicht am Wohl des Patienten ausgerichtet sind. Doch unsere Krankenhauslandschaft ist nicht an der Qualität der Behandlung ausgerichtet, sondern zu sehr daran, die bestehenden Strukturen zu erhalten.

Der Maßstab sollte die Behandlungsqualität sein. So wäre es nur konsequent, wenn Krankenhäuser nur noch dann Leistungen erbringen dürfen, wenn sie gewisse Mindestanforderungen erfüllen. Das bedeutet mehr Geld für andere – und eine bessere Behandlung für die Patienten. Dieser Maßgabe wird sich wohl kein Arzt widersetzen.

Seit aber die Betriebswirtschaftler die Medizin zu einer Industrie gemacht haben und die Krankenbehandlung ökonomisiert wurde, leiden Ärzte, Pfleger und Patienten. Und auch der volkswirtschaftliche Schaden, der daraus resultiert, ist kaum zu beziffern.

Das Gesundheitswesen darf keine Fabrik sein, in der das Wichtigste ist, dass dort Geld gemacht wird. Die Ökonomie sollte im Gesundheitswesen nur die Aufgabe haben, die Ziele der Medizin und damit eine qualitativ hochwertige Versorgung bei begrenzten Ressourcen zu unterstützen.

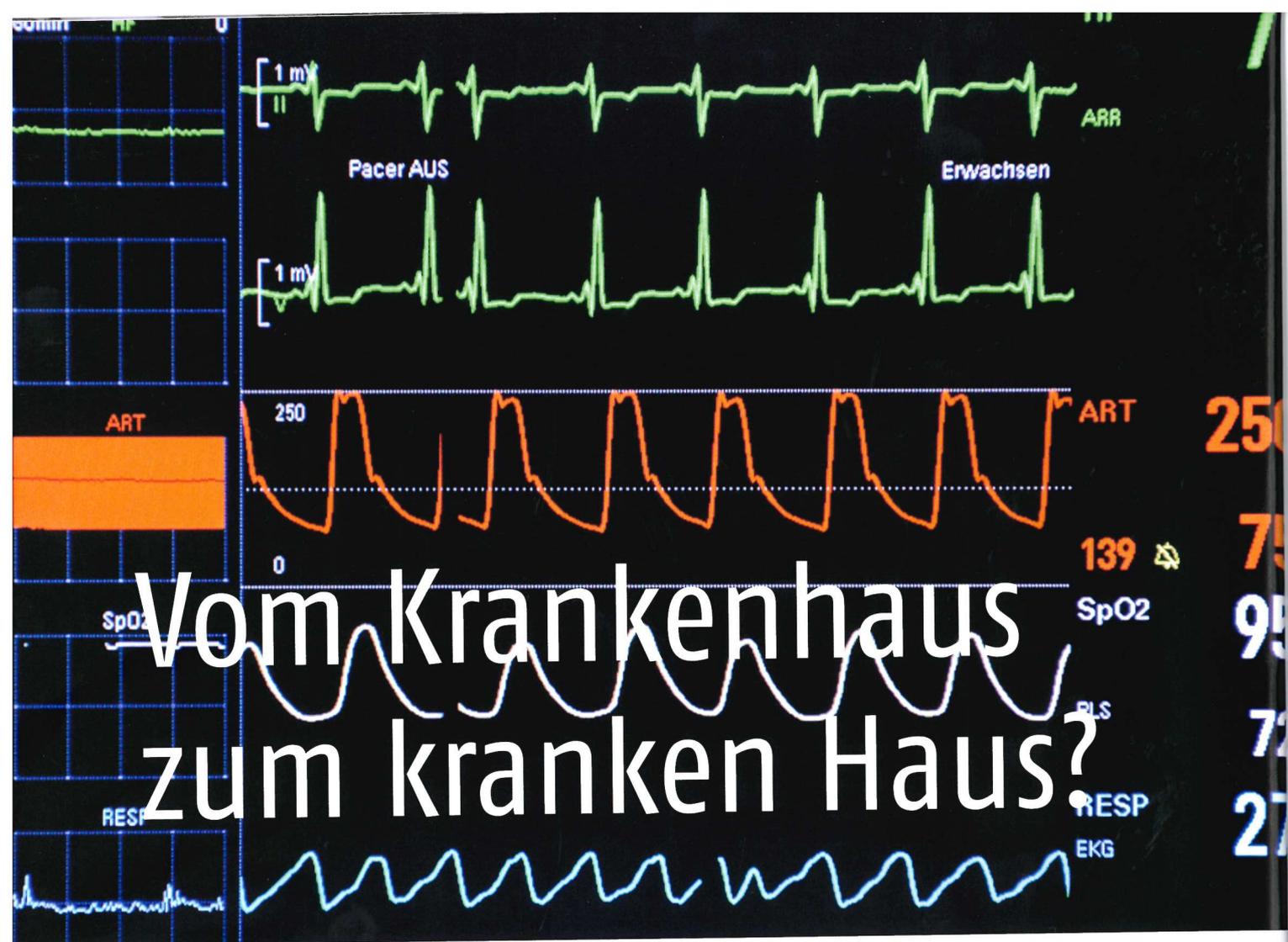
In den letzten Jahren hatten die Reformbestrebungen der Politik jedoch überwiegend wirtschaftlich orientierte Ziele. Die Konsequenz: immer mehr Operationen, um den Umsatz zu

steigern, bei gleichzeitiger Kostensenkung beim Personal. Die Folgen in den Krankenhäusern sind frühzeitige, »blutige« Entlassungen, überarbeitete Ärzte, Schwestern und Pfleger sowie verunsicherte Patienten.

Ziel jeder Medizin muss es sein, Menschen vor Krankheiten zu bewahren, ihre Leiden frühzeitig zu erkennen und professionell zu behandeln. Der Austausch zwischen Arzt und Patient ist dabei ein entscheidender Stellschlüssel. Doch eine »sprechende Medizin« kann bei den Krankenkassen nicht abgerechnet werden. Überhöhte Preise, unsinnige Behandlungen, falsche Anreize – der 2017 gestorbene Gesundheitsökonom Uwe Reinhardt hat immer wieder vor Ungerechtigkeiten und Auswüchsen des Systems gewarnt. Er sah mit Sorge die Folgen einer Medizin, die nicht die Bedürfnisse der Patienten, sondern die Verlockungen des Marktes in den Mittelpunkt rückt.

Geld macht nicht gesund

Gesundheitsökonomien der Harvard University haben die Gesundheitssysteme in elf wohlhabenden Ländern untersucht und anhand von 98 Kriterien nicht nur die Ausgaben erfasst, sondern auch Lebenserwartung, Lebensqualität und andere Parameter zu Gesundheit und Wohlbefinden. In der Lebenserwartung findet sich Deutschland auf dem vorletzten Platz. Nur die USA schneiden hier noch schlechter ab. Auch andere Ergebnisse sind kein Ruhmesblatt für die Medizin in Deutschland. So hat die Bundesrepublik die dritthöchste Müttersterblichkeit unter den elf Ländern und schneidet bei der Kindersterblichkeit nur geringfügig besser als der Durchschnitt ab. In keinem Land wird Frauen so oft die Gebärmutter entfernt, in keinem Land werden so viele Kernspinuntersuchungen angefertigt und so häufig verengte Kranzgefäße aufgedehnt. Kein Wunder, dass die Zahl der Krankenhausaufenthalte nirgendwo sonst höher ist.



Vom Krankenhaus zum kranken Haus?

Kaum ein anderes Industrieland hat – gemessen an der Bevölkerung – so viele Krankenhäuser wie Deutschland. Mehr als 1 900 Kliniken werden von kommunalen, kirchlichen und privaten Trägern betrieben. Diese Konkurrenz ist teuer und nicht zum Wohl der Patienten. Zu diesem Schluss kommt ein Gutachten der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina.

{ KLAUS GERTOBERENS }

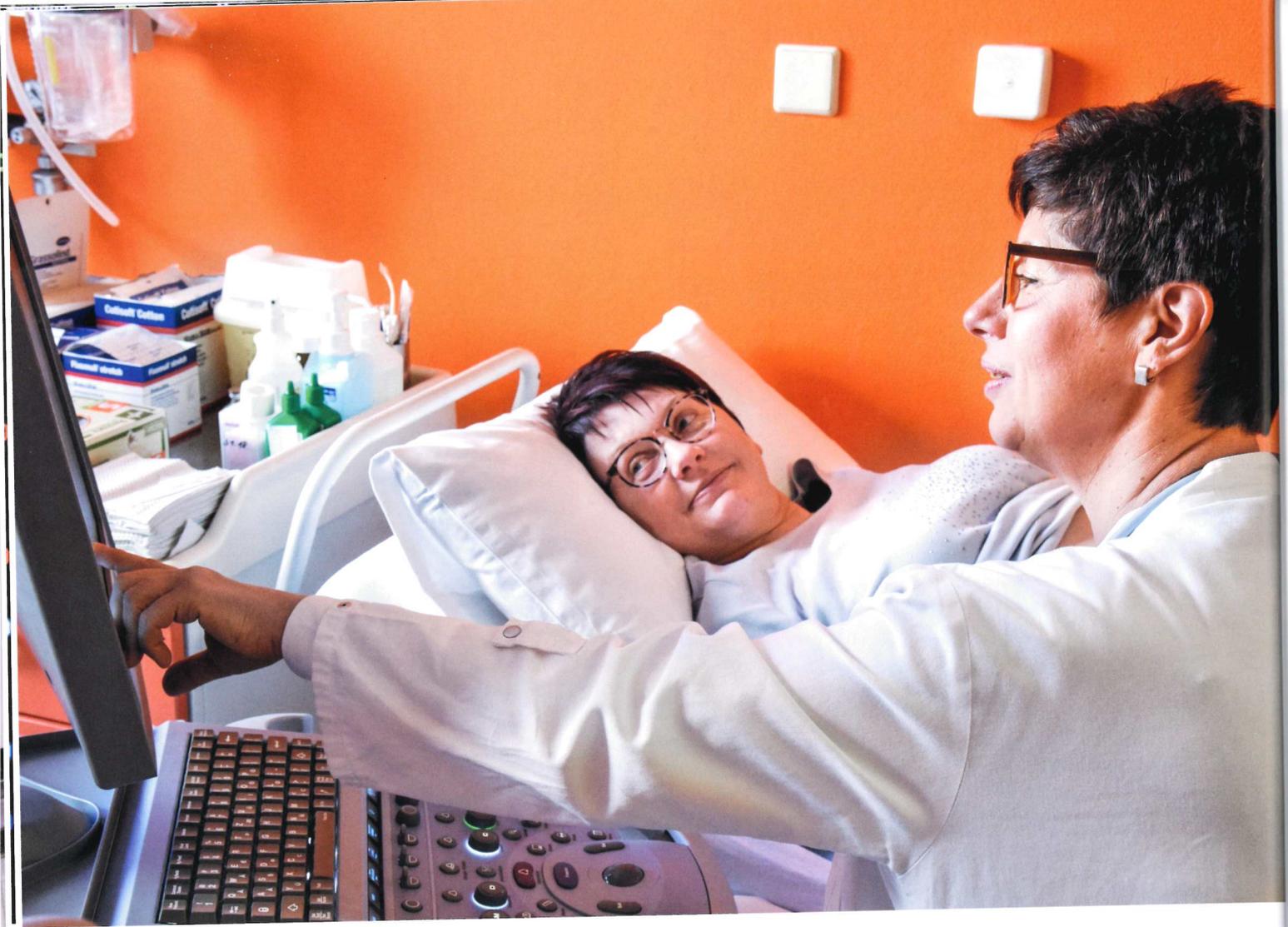
Zentrales Problem der deutschen Krankenhauslandschaft ist die historisch gewachsene Struktur.

Viele Krankenhäuser versuchen, möglichst viele medizinische Leistungen anzubieten. Vor allem planbare Eingriffe wie das Einsetzen eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks spülen viel Geld in die Kassen der Krankenhäuser. Der finanzielle Anreiz führt nicht selten zu fragwürdigen Operationen. Auch kann sich der Patient nicht in jedem Fall darauf verlassen, dass Ärzte die Indikationsstellung ausschließlich am Patientenwohl ausrichten und nicht aus ökonomischen Motiven handeln und die Indikation entsprechend verändern.

Der im März vorgestellte Krankenhausreport der AOK bestätigt die Fehlentwicklung. Darm-

krebepatienten und Menschen, die ein neues Hüftgelenk brauchen, hätten bei einer Operation in größeren, spezialisierten Kliniken höhere Heilungschancen als in kleineren Krankenhäusern ohne Fachabteilungen.

Das Fazit der Krankenkasse: Kliniken mit mehr als 500 Betten sollten nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel bilden. »Das heißt aber nicht, dass alle kleinen Häuser geschlossen werden sollen«, wird relativiert. Sie sollten vielmehr weiter zur medizinischen Versorgung beitragen, aber nicht mehr unbedingt als Krankenhäuser, sondern zum Beispiel als Versorgungszentren für stationäre und ambulante Aufgaben.



Das Finanzierungsmodell des Krankenhauses Spremberg ist deutschlandweit einmalig. Die Mitarbeiter sind gleichzeitig die Mehrheitsgesellschafter. Bürgerkliniken können aber die Probleme im Gesundheitswesen nicht lösen.

Die Cheförztn Sabine Manka (Bild oben) ist zugleich Vorsitzende des F6rdervereins. Die Gesch6ftsf6hrerin Kathrin M6bius (Seite 15) ist seit vielen Jahren f6r die wirtschaftlichen Belange verantwortlich.

Hier sind 6rzte nicht k6hl und distanziert, Pfleger nicht gestresst und Patienten nicht n6rgelig. Im Krankenhaus von Spremberg (Landkreis Spree-Nei6e) ist die Stimmung f6r eine Klinik ungew6hnlich, und das r6hrt daher, dass sie etwas hat, was kein weiteres Spital in ganz Deutschland vorweisen kann: Eine Belegschaft, der das Haus mehrheitlich geh6rt.

6rzte, Schwestern, Pfleger, Verwaltungs- und technische Mitarbeiter sind in einem F6rderverein organisiert, der 6ber 51 Prozent der Anteile an der gemeinn6tzigen Spremberger Krankenhausesellschaft verf6gt. Die anderen 49 Prozent h6lt die Stadt Spremberg. Sabine Manka, Matthias Warmo und Kathrin M6bius sind als Vereinsmitglieder Angestellte und Chefs zugleich, denn ohne die Zustimmung des Vereins kann keine Entscheidung getroffen werden.

»Das ist mein Haus. Das ist meine zweite Familie«, sagt die Cheförztn der Gyn6kologie, Sabine Manka. Diese Haltung ist kein Einzelfall. Intensiv-Krankenpfleger Matthias Warmo genie6t, dass er sich »mit Zeit und Empathie« um die ihm anvertrauten Menschen k6mmern kann.

Das Modell ist seit 20 Jahren bew6hrt

Und auch die Patienten schw6rmen. Von den freundlichen hellen R6umen, dem guten Essen, den 6rzten und Schwestern, »die immer auch ein nettes Wort f6r uns 6brig haben«, sagen die beiden H6ftpatientinnen Inge Kiersch und Elli Haiasch. Seit zwanzig Jahren bew6hrt sich dieses einzigartige Betreiber-Modell nun schon.

Als 1997 die Anteile von zwei privaten Gesellschaftern aufgrund von Missmanagement an die Stadt zur6ckfielen, drohte der Klinik in der Lausit-



Glückliche Dänen

{ CONSTANZE ZELLER }

Ob Glücksranking oder Digitalisierung, Dänemark ist uns meilenweit voraus. Ein lohnender Blick in den Norden – in ein kleines Land, das mit seinem Gesundheitswesen mutige und konsequente Schritte geht.

Fragt man sich, wo das Glück der Welt zuhause ist, so findet der »World Happiness Report« hierauf eine eindeutige Antwort: Im Norden. Die Rangliste der glücklichsten Länder wurde in den drei letzten Jahren beständig von Dänemark angeführt. Im vorigen Jahr erzielte Norwegen den ersten Platz. Allerdings ganz knapp. Klar ist: Die Dänen machen anscheinend ziemlich viel ziemlich richtig.

Was trägt zu unserem Glücksempfinden bei?

In der internationalen Studie, die sowohl Länderdaten als auch Befragungen der jeweiligen Bewohner einbezieht, dreht es sich insbesondere um Gesundheit, Zugang zu medizinischer Versorgung, Familienbeziehungen, Arbeitsplatzsicherheit sowie um soziale und politische Faktoren. Der Gedanke, Gesundheit sei das größte Glück, kommt also nicht von ungefähr. Und es scheinen auch keine Zufälle zu sein, dass in Dänemark mit »hygge« die Gemütlichkeit tagtäglich gelebt wird oder das Land zu den fahrradfreundlichsten Ländern Europas gehört. Glück entsteht, wenn die eigene Einstellung zum Leben und die vorherrschenden Strukturen des Lebensumfelds zusammenpassen. Beides für sich betrachtet scheint sich von den Gegebenheiten in Deutschland deutlich zu unterscheiden.

Vorherige Seite:
Uniklinikum Aarhus

Die erste Etappe des Bauprojekts wurde 2012 eingeleitet. Die Fertigstellung ist für 2019 vorgesehen.

Das neue Krankenhaus wird 100 000 stationäre und 900 000 ambulante Patienten jährlich medizinisch versorgen können.

Das Krankenhaus beschäftigt 9 000 Mitarbeiter.

Eine gesunde Zukunft braucht Investitionen

Also was macht das Königreich anders? Zunächst eine vielleicht unerwartete Tatsache: Die Steuerlast der Dänen ist vergleichsweise hoch. Dafür leisten sie sich aber beispielsweise nicht nur ein bekanntes hochgelobtes Bildungssystem, sondern auch ein Gesundheitssystem, das es wert ist, mehr als nur einen Blick darauf zu werfen. Möchte man dessen Anspruch und die aktuelle Entwicklung zusammenfassen, kommt man an Begriffen wie »Effizienz«, »Top-Qualität« und »Digitalisierung« nicht vorbei. Nichts Neues, möchte man meinen? All das wollen wir in Deutschland doch auch? Ja, wollen wir. Aber die Dänen haben es einfach gemacht. Und zwar schon lange. Das kleine Land im Norden ist uns in Bezug aufs Gesundheitswesen lockere zehn Jahre voraus.

Am Beispiel von Svea, einer durchschnittlichen Dänin, schauen wir uns das mal genauer an. Svea ist jetzt 30 und wird wahrscheinlich 81 Jahre alt werden. In ihrem Heimatland hat man erkannt, dass die Versorgung der alternden Bevölkerung bald nicht mehr finanzierbar sein wird, und allerhand umgekrempelt. Im Grunde aber



stellt sich für Svea alles recht übersichtlich dar: Schließlich gibt es nur eine gesetzliche Krankenversicherung für alle. Das Gesundheitswesen ist in staatlicher Hand, über Sveas Steuerzahlungen ist automatisch alles abgedeckt. Mehr als 120 Krankenkassen? Zusätzliche Versicherungsbeiträge? Nein, solch komplizierte Strukturen kennt sie nicht.

Als Svea 1987 geboren wurde, gab es im ganzen Land noch 87 Kliniken. Dies sah im Jahr 2010 schon ganz anders aus: 28 Krankenhauseinheiten an 72 Standorten, Tendenz weiter sinkend. Auch in Sveas Nachbarstadt gab es in ihrer Kindheit noch eine Klinik. Nun aber setzt man auf wenige, dafür große Kliniken. Übers ganze Land verteilt entstehen 16 hochmoderne Superkrankenhäuser, davon sieben komplett neue Standorte auf der grünen Wiese. Mehr als sechs Milliarden Euro lässt sich der Staat dies kosten. Ganz schön viel, findet Svea, aber irgendwo müssen die Unmengen Steuern ja hin.

Welche Dimensionen solche Bauprojekte annehmen können, verdeutlicht das Beispiel Aarhus, ein Klinikstandort, der sich ziemlich genau in der Mitte des Landes befindet. Das hiesige Uniklinikum lässt bis zum Jahr 2019 mehr als 220 000 Quadratmeter Neubau entstehen. Auf der Internetseite VisitAarhus kann Svea lesen: »Das Gebiet wird sich zu einem der wesentlichsten nordeuropäischen Zentren für Gesundheits- und Wohlfahrtstechnologie entwickeln. Rund um das Krankenhaus entstehen Zentren für Innovation, Unternehmensentwicklung, Forschung und Ausbildung. Das neue Krankenhaus wird 100 000 stationäre und 900 000 ambulante Patienten jährlich medizinisch versorgen, es beschäftigt 9 000 Mitarbeiter.«



Foto: yavdat | Fotolia

Die Strafbarkeit von Klinikmanagern aus Organisationsverschulden

In der jüngeren Vergangenheit haben Fragen rund um die strafrechtliche Verantwortlichkeit von Ärzten in der Rechtsprechung und juristischen Fachliteratur an Bedeutung zugenommen. Es gehört daher bereits für angehende junge Ärztinnen und Ärzte vor Aufnahme ihrer Tätigkeit zum bekannten »Geschäftsrisiko«, dass sie nicht nur finanziell für Fehler während der Berufsausübung in Regress genommen werden können, sondern sich gegebenenfalls auch strafrechtlich verantworten müssen. Am prominentesten sind die Fälle des Abrechnungsbetruges gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung. Aber auch Körperverletzungs- und Tötungsdelikte müssen thematisiert werden. Dabei geht es in aller Regel natürlich um den Vorwurf fahrlässigen Handelns. Ein simples Beispielszenario: Ein Arzt, der trotz starker Übermüdung weiterarbeitet, muss im Fall eines Behandlungsfehlers damit rechnen, dass in dem Fehler und der Müdigkeit ein Zusammenhang gesehen wird. Naheliegend ist auch die Frage nach einer strafrechtlichen Verantwortung des unmittelbaren ärztlichen Vorgesetzten, der den möglicherweise für die Erschöpfung anlassgebenden Schichtplan entworfen hat. Dazu kommt schließlich noch der Chefarzt, der für eine ausreichende Überwachung seines Personals einzustehen hat.

Doch auch nicht-ärztliches Personal in Führungspositionen (z. B. Klinikgeschäftsführer, kaufmännischer Direktor) kann in den Fokus der Strafverfolgungsbehörden geraten, wenn ihm

medizinisches Fehlverhalten eines anderen zugerechnet wird. Eine Besonderheit der Fahrlässigkeitsstrafbarkeit ist es gerade, dass der Betroffene selbst nicht unmittelbar für die Verletzungshandlung verantwortlich sein muss, die Verletzung aber direkte Folge seiner Entscheidung(-en) sein kann. Damit können auch fernliegende Entscheidungen oder Handlungen strafrechtliche Verantwortung begründen. Bei der Klinikorganisation kann dies in strukturellen Defiziten begründet sein. Häufig wird auch vom Organisationsverschulden gesprochen. Es gibt zahlreiche Varianten, wie Kliniken organisatorisch aufgebaut sein können. Häufig stehen der Ärztliche Direktor und die kaufmännische Leitung in der hierarchischen Struktur auf gleicher Ebene. Das Klinikmanagement und die Hauptleistungserbringer in einem Krankenhaus verfolgen aber in wesentlichen Punkten unterschiedliche Ziele (Goepfert/Conrad, Unternehmen Krankenhaus, 2013, S. 107): Das Management ist vorwiegend im betriebs- und personalwirtschaftlichen Bereich tätig, hält den Außenkontakt und führt Verhandlungen mit den Kostenträgern. Der Ärztliche Direktor vertritt die Ärzte in der Krankenhausleitung und koordiniert die Krankenversorgung (Hollmann/Schröder, Ärztliche