

Humanmedizin im ökonomisierten Krankenhaus?

Die Erlebnisse eines meiner Freunde als Patient in einem großen Klinikum in Sachsen waren Anlass für diesen Brief.

Thema ist die Verzweiflung eines Schwerkranken, der sich vor allem vom ärztlichen Personal im Stich gelassen fühlte, nachdem der vor ihm im Gespräch zur Operationsvorbereitung aufgebaute Hoffnungshorizont zur Heilung und Beseitigung aller Probleme („Wir beginnen zu operieren, wo die Anderen aufhören!“) zusammengebrochen war. Statt eines geplanten (erlös-trächtigen?) Megaeingriffs, der die Beseitigung der diagnostizierten Rezidivtumorareale, darunter Leber-Metastasen, die Resektion der Prostata und die Entfernung des Blindrektums zum Ziel haben sollte, musste der Patient zur Kenntnis nehmen, dass ein bis dahin nicht bekannter inkompletter Dünndarmileus Vorrang bekommen hatte und alle weiteren geplanten Operationen abgesetzt werden mussten. Diese enttäuschende Mitteilung erhielt der Patient in der Aufwachphase noch im Operationssaal. Danach sprach niemand mehr mit ihm, wie es weiter gehen könnte. Der Arzt der ersten Operationsbesprechung ließ sich nicht wieder sehen. Bei meinem Freund entstand der Eindruck, dass mit dem Wegfall der großen Operation, Sorgfalt und Zuwendung in der Nachsorge zweitrangig zu werden schienen. So wurde die postoperativ rapide Verschlechterung des Allgemeinzustandes, vom gerufenen (Ober?) Arzt mit dem Rat quittiert, er solle vielleicht etwas mehr trinken. Erst dem verzweifelten Schrei: „Wollen Sie mich hier sterben lassen?“ folgten dann Reaktionen und rasche Relaparotomie. Eine Peritonitis infolge Naht-

insuffizienz am zuvor resezierten Dünndarm war die Ursache des Verfalls. Auch nach der Relaparotomie erfolgte nur eine kurze lapidare Info noch fast in Narkose. Erstaunlich rasch, (kalkulationsgemäß nach DRG?), erfolgte die Entlassung in die ambulante Onkologie. War der Patient mit einem künstlichen Ausgang ins Krankenhaus gegangen, so hatte er sich nun mit deren drei auseinanderzusetzen. Zum Anus praeter waren noch Harnröhrendauerkatheter und Bauchhöhlendrain hinzugekommen. Sein Allgemeinzustand war zu Hause von Anfang an sehr schlecht. Massive Schmerzen und totale Inappetenz bestimmten das Bild. Hohes Fieber und Schüttelfrost kamen hinzu und waren dann Anlass zur Notarzteinweisung wegen Sepsisverdachts bei Eiteraustritt aus dem Bauchdrain. Eine erneute Intensivbetreuung schloss sich an.

Vor der bisher letzten Entlassung erkundigte sich der Patient, ob die in Vorbereitung des ursprünglich geplanten Großeingriffs eingeführten Ureterschienen nicht, mit Blick auf die Chemotherapie, entfernt werden sollten. Also schnell in den Saal. Hier angekommen meinte der beauftragte Arzt: „Da werden wir die Dinger mal wechseln.“ Auf seine Frage, ob es nicht doch um Entfernung gehe, bekam der Patient recht ungehalten die Antwort: „Ja, wenn Sie nicht wollen, ich habe noch mehr zu tun.“ Am Freitagnachmittag konnte keine Klärung mehr erfolgen. So erfolgte die Entlassung eben mit diesen „Fremdkörpern“.

Am meisten hat der Patient einen Arzt vermisst, der nach Art eines Stationsarztes früherer Zeiten in seinem Fall

die Führung übernimmt, Vertrauen und Empathie aufbaut und als Ansprechpartner für Sorgen und Nöte sowie das Schmerzmanagement zur Verfügung steht. Der Grundsatz: „Keiner muss heutzutage mehr Schmerzen ertragen“ schien unbekannt zu sein. An Stelle eines solchen, in der DRG-Kalkulation wohl nicht mehr vorgesehenen Kollegen, präsentierten sich dem Patienten geschätzt 15 verschiedene Ärzte am Krankbett. Jeder fragte floskelhaft: „Wie geht es?“ Auch ob er schon Stuhlgang gehabt habe, wurde der Anus praeter-Träger gefragt.

Die Übergabe des Entlassungsbriefes geschah dann durch eine Schwester. Die Bitte, mit dem Arzt noch einmal sprechen zu können, wurde mit Bedauern zurückgewiesen. Die unterzeichnete Ärztin sei bereits außer Haus.

Was lehrt uns dieser Fallbericht, der authentisch ist?

Das ökonomisierte Krankenhaus ist die Folge des Finanzierungswandels in den letzten 25 Jahren. Nach Abschaffung des Kostendeckungsprinzips durch Horst Seehofer im Jahre 1993 waren die Krankenhäuser auch in den Altbundesländern gezwungen, die bedarfsgerechten Kosten ihres Betriebes exakt zu ermitteln und diese durch entsprechende mit den Kassen ausgehandelte Jahresbudgets zu untersetzen. Das dabei festgestellte jährliche Anwachsen der von den Kassen zu tragenden Behandlungskosten war zwar durch Tarifsteigerungen und steigende Kosten für Energie und Medien, Verbrauchsmaterialien, Dienstleistungen zu erklären. Auch immer mehr ältere und multimorbide Patienten erhöhten den Aufwand.



Wenig Zeit, wenig Personal bei immer mehr Patienten mit kürzerer Verweildauer.

Der ebenfalls steigende Fördermittelbedarf, zuständig ist hier nach dem dualen Finanzierungsprinzip in Deutschland der Staat, erklärt sich durch immer teurer werdende Ausstattungen für Diagnostik und Therapie. Das Gleiche gilt für Abschreibungen der baulichen Infrastruktur und den Geräteersatz.

Die eigentlich nötige Anhebung der Beiträge zur Krankenversicherung und die Reduzierung der immer wieder vermuteten Überkapazitäten auf das Bedarfsniveau sind politisch schwer zu vermitteln und noch schwerer durchsetzbar.

So fanden Staat und Kassen vor zehn Jahren in der Einführung der Erlösgestaltung nach kalkulierten Fallpauschalen (DRG) einen gemeinsamen (Aus-) Weg, die Kostenproblematik und die damit verbundenen Risiken bei den Krankenhäusern abzuladen. Zuerst müssen diese den Kostenanstieg ver-

kraften, bevor in mühsamen Verhandlungen Nachkalkulationen erfolgen. Der erwünschte Nebeneffekt, nicht bedarfsgerechte Strukturen in die roten Zahlen und damit zur Abwicklung zu zwingen, hat sich eher ins Gegenteil verkehrt.

Es entstand vielmehr der wirtschaftliche Anreiz, erlösträchtige Eingriffe mit überschaubarem Personal- und Zeitaufwand zu fördern, während bedarfsgerechte Strukturen zur Behandlung der immer zahlreicheren multimorbiden Patienten mit hohem Pflegekostenaufwand häufig finanzielle Probleme bekommen. Ist doch dieser Aufwand meist im DRG-System viel schwieriger darzustellen als eine hochdotierte Operation. Ja, es sind sogar Beispiele bekannt, wo erlösträchtige Abteilungen unter Nutzung der öffentlich-rechtlich geförderten Infrastruktur sich als privatrechtlich im Gewerbesteuerregister angemeldete GmbH ausgeglichen

haben und als Privatklinik arbeiten. Das Stammhaus darf als Minderheitsgesellschafter lediglich auf Ausschüttungen hoffen.

Die Auswüchse dieses Finanzierungssystems bekommt zuletzt immer der Patient zu spüren.

Die Regelungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz und in den Krankenhausgesetzen der Länder wurden immer mehr Makulatur. Viele Abgeordnete in den Gremien der Träger öffentlich-rechtlicher Häuser wissen womöglich gar nicht, dass eine solche Gesetzgebung überhaupt existiert. In den Häusern privater Träger spielen sie ohnehin keine Rolle. Wird die Leitung eines Krankenhauses in Sachsen im Krankenhausgesetz von 1993 noch als Dreierleitung mit einem Arzt als Vorsitzenden besetzt, so haben Ärzte inzwischen nur noch Budgetverantwortung für das eigene Tun und müssen sich teilweise vor medizinisch ungebildeten

Geschäftsführern rechtfertigen. So drängt der Kampf ums wirtschaftliche Überleben den vom Staat übertragenen sehr wesentlichen Auftrag der Daseinsfürsorge für die Gesundheit seiner Bürger an die zweite Stelle. Das betrifft auch Häuser, die bedarfswichtig sind.

Die dabei angewandten Instrumentarien der von den Trägern zu Hilfe gerufenen Geschäftsführer mit gesundheitsmarktwirtschaftlicher Ausrichtung ähneln sich landesweit:

- **Mengenausweitung über den Bedarf des Einzugsgebietes hinaus, vor allem bei Fällen mit hohem DRG-Erlös**

Dafür wurde und wird versucht, Chefärzte durch außertarifliche Verträge zur Erbringung von Leistungen in größeren Mengen zu verpflichten oder speziell für neue erlösträchtige Angebote einzustellen. Bezeichnender Weise mutiert der einzelne Patient im Sprachgebrauch bestimmter Geschäftsführer dabei zur umsatzsteigernden „Verrechnungseinheit“!

- **Ausscheiden aus dem Tarifverbund, um die hohen Personalkosten zu dämpfen**

Zu diesem Zweck erfolgt häufig auch bei Häusern in kommunaler Trägerschaft die Überführung weg vom Eigenbetrieb in eine privatrechtliche Betriebsform. Wenn dann noch ein sehr knapper Personalschlüssel angewendet wird, steigt bei reduziertem Tarif die Arbeitsbelastung. So wurde die Attraktivität der Pflegeberufe immer geringer.

- **Outsourcing**

Damit werden alle denkbaren Leistungen (Wäsche, Reinigung, Speiserversorgung, Labor, Pathologie, Apotheke, ja sogar Sterilisation) nicht mehr patientennah im Haus erbracht, sondern an Fremdfirmen vergeben. Dieses Verfahren erzeugt

einen massiven Anstieg von Transportleistungen mit entsprechendem Fahrzeugaufkommen am Krankenhaus. Die Kostenersparnis wird lautstark behauptet, plausibel nachgewiesen wird sie allerdings kaum. Die Mindestlöhne (?) bei den Leistungserbringern könnten allerdings zur Kostenersparnis führen. Dafür bekommt man unter Umständen auch Niedrigqualität, die letztlich ebenfalls vom Patienten ausgehalten werden muss.

- **Hygienemaßnahmen**

Sie sind für Geschäftsführer einfach nur teuer. Sie wurden deshalb auch ganz besonders beschnitten. Hygienefachkräfte haben Alibifunktionen. Hygieneärzte gibt es kaum noch. Hygienepläne wurden ins Intranet verbannt.

- **Steigerung der Konkurrenzfähigkeit**

Dazu werden gegenüber Nachbarhäusern attraktive Angebote, die einen hohen Erlös versprechen und vielfach in das Leistungsspektrum von Einrichtungen der höheren Versorgungsstufen gehören, angestrebt. Kostendeckend sind solche Leistungen dann aber nur mit größeren Fallzahlen, die im Einzugsbereich des Hauses aber nicht zu erbringen sind. Bezeichnender Weise wird die sogenannte „Krankenhausthäufigkeit“, mit der der Bettenbedarf für jedes Fachgebiet in einer Region nach der Zahl der Einwohner ermittelt werden konnte, im Krankenhausplan des Freistaates Sachsen seit 2012 nicht mehr angegeben. Die „künstlich“ herbeigeführten Fallzahlsteigerungen führen zu Störungen in der Zusammenarbeit mit den Häusern der höheren Versorgungsstufe, die ebenfalls dem Patienten zum Nachteil gereichen. Sie sind Anlass dafür, dass der Gesetzgeber die Forderung nach Mindestmengen aufgestellt hat.

- **Bauinvestitionen**

Auch die nicht durch Fördermittel abgedeckten Anteile von Bauinvestitionen werden dem Krankenhaushaushalt aufgebürdet. Von Neubauten verspricht man sich eine bessere Wettbewerbsfähigkeit, wiederum durch höhere Fallzahlen.

Der bürokratische Aufwand, den Ärzte zu erbringen haben, wurde massiv ausgeweitet. Inzwischen werden zwar für die Codierung zur Preisgestaltung gegenüber den Kassen fast überall Spezialisten beschäftigt. Trotzdem bleibt Ärzten immer weniger Raum für Gespräche zur Patientenführung. Völlig neu mussten Ärzte lernen, dass zur Behandlungsstrategie nun auch Kosten- und Erlösbewusstsein gehören. Dieser pekuniäre Aspekt ist dem ärztlichen Beruf abträglich. Er belastet aber seit nunmehr zehn Jahren die Ärzteschaft sehr nachhaltig, obwohl das immer wieder negiert wird. Die medizinische Wissenschaft und ihre technischen Möglichkeiten haben gerade in den letzten 25 Jahren große Fortschritte gemacht. Wird ihre Anwendung aber so gnadenlos als DRG vermarktet, so fallen auf ihre Erfolge hässliche Schatten.

Mit Blick auf diese Ausführungen, verinnerliche man das im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2018, veröffentlichte neue „Ärztliche Gelöbnis des Weltärztebundes“.

Man verzeihe mir, dass ich das Einzelschicksal meines Freundes mit den geschilderten Zuständen an deutschen Krankenhäusern in Zusammenhang bringe. Es erschien mir aber naheliegender. ■

Dr. med. Bernd Uhlemann, Radebeul