

## 15. Gesundheitspolitisches Montagsgebet in der Elisabethkirche Marburg gehalten am 1.10.2012 von Dr. med. Konrad Görg, Universitätsklinikum Marburg, Abteilung Hämatologie/Onkologie/Immunologie



### 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 Zwillingbruder – 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: **Stichwort lukrativer Privatpatient**. Anschließend soll die derzeitige Situation der Ärzte am Klinikum betrachtet werden, und zwar unter besonderer Berücksichtigung unseres neuen Abrechnungssystems, des Fallpauschalensystems: **Stichwort poor dog / cash cow**. Als Letztes würde ich gerne einige Ausblicke in die zukünftige Entwicklung unseres Krankenhauses wagen: **Stichwort Chefarzt-Boniverträge**.

Ich gebe zu, was ich zu sagen habe, mag für einige von Ihnen zu parteiisch sein, zu einseitig. Aber: Manchmal fordern gewisse Missstände parteiische Stellungnahmen 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 oder 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 jungen Ärzten 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 aus der Vergangenheit:

#### der lukrative Privatpatient

*Es sind schon einige Jahre her, dass einmal ein Oberbürgermeister 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, bugsiierte 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 dann seinem Assistenzarzt, nun doch bitte weiterzumachen und die immer länger gewordene Schlange endlich abzuarbeiten. So weit, so gut – oder auch nicht.*

*Der Bürgermeister, als er wieder genesen und entlassen war, bedankte sich in der örtlichen Presse aufs Herzlichste bei den Mitarbeitern des Klinikums für die so fürsorgliche Betreuung. 'Er könne überhaupt nicht verstehen, dass es Patienten gäbe, die diese Einrichtung kritisch bewerteten.'*

So die Worte des Bürgermeisters. Wir erkennen aus dem Blickwinkel dieses Patienten: Jeder sieht immer nur das, was er sehen kann und sehen will. Und so sollte man sich für heute ganz allgemein einmal fragen: **Wird es in unserem Gesundheitswesen jemals eine Veränderung geben, wenn wir Ärzte unseren Politikern und anderen wichtigen Entscheidungsträgern in unserer Gesellschaft – wie z. B. auch Krankenhaus-Managern – realistische Erfahrungen in unseren Krankenhäusern immer wieder vorenthalten** – eben weil sie Privatpatienten sind? Eine Erfahrung wie zum Beispiel diese: 4 Stunden als Patient 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 zwei Jahren am Klinikum erlebte.

Eine weitere Geschichte:

*Einige Jahre später erhielt unser junger Assistenzarzt – Sie kennen ihn nun schon, er ist 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 beiden leitenden Ärzte: **Die Scheidewand zwischen Anvertrautsein und Preisgebensein ist hauchdünn.** Fürsorge und Willkür liegen dicht beieinander. Und wir erkennen: Auch in der Vergangenheit gab es Ärzte, die korrumpierbar waren – hier in unseren Fall durch die – in unserem Gesundheitssystem – angelegte Möglichkeit, privat abrechnen zu dürfen. Nebenbei: In Schweden wurde dieses Zweiklassensystem – auch aufgrund solcher Verwerfungen – abgeschafft.

### **der Sparzwang zu Lasten von Patienten und Mitarbeitern**

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 lasen wir im letzten Jahr in den Zeitungen, dass Privatpatienten anscheinend viel schneller Organtransplantate bekommen als Kassenpatienten – und 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 möglichst hohen Rendite, eine Rendite, welche die immensen Schulden des Konzerns tilgt

und auch noch Gewinnausschüttung für die Aktionäre leisten soll – bei seriöser Betrachtung eigentlich ein unmögliches Unterfangen. Wie sich ein derartiger Interessenkonflikt konkret auswirkt, möchte ich kurz an einem Beispiel nun aus der Gegenwart aufzeigen.

*Eine der ersten Maßnahmen – nach Übernahme durch den Rhönkonzern – war es, aus Kostengründen im Krankenhaus für jeweils zwei – räumlich sehr nahe, quasi gegenüberliegende – Stationen nachts nur noch eine einzige Krankenschwester einzusetzen anstatt wie bisher zwei. Diese beiden Pflegekräfte hatten sich früher bei allen möglichen nächtlichen Problemen auf ihren 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 es, dass sie alleinstehend war, dass sie also keine Angehörigen hatte, die sich nachts im Krankenhaus um sie hätten 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. In ihrer Not nun schob die Nachtschwester die sterbende Frau aus ihrem Zimmer auf den hell erleuchteten Stationsflur, um sie des Nachts bei ihren Rundgängen wenigstens ab und zu doch noch 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. Und wir haben nach diesem Vorfall – verspätet zwar – dann aber doch noch gehandelt und einen harschen 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. Und 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 ich denke, **wir müssen wieder lernen, die Dinge richtig beim Namen zu nennen.**

Das beschriebene Dilemma ist natürlich nicht nur auf den Rhönkonzern begrenzt. Alle Krankenhäuser, städtische, staatliche und auch kirchliche, unterliegen heute in unserem marktorientierten Gesundheitssystem einem zunehmenden – in seinen derzeitigen Auswirkungen wirklich problematischen – Kosten-Nutzen-Kalkül. Unmenschliche Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter, Stellenabbau, Entlassungen, Ausgliederung in den Billiglohnsektor und Überlastungsanzeigen im Pflegebereich sind hier die Folge und so müssen wir Ärzte uns in diesem Zusammenhang – gerade in Bezug auf den einzelnen Patienten – doch einmal fragen lassen: Wo bleibt in diesem System überhaupt noch die Zeit – und demnächst vielleicht auch die Fähigkeit – für das so wichtige 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.

## das Fallpauschalensystem: "poor dogs" und "cash cows"

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**. Und das möchte ich Ihnen kurz etwas genauer erklären:

Seit 2003 nämlich erfolgt in Deutschland die Abrechnung stationärer Leistungen am Patienten nicht mehr über den früheren Krankenhaustagesatz, – hier bekam man für jeden einzelnen stationären Patienten pro Tag einen festen Betrag – sondern über eine – für die jeweilige Erkrankung des Patienten bundesweit festgelegte – einheitliche Fallpauschale. Mit der Einführung dieses Systems gibt es nun für gewisse – ich betone: für gewisse Krankenhäuser – eine Möglichkeit, trotz enormen Kostendruckes in die Gewinnzone zu kommen. Wie jedoch geht das?

Man unterscheidet heute nämlich nicht mehr so sehr zwischen lukrativen Privatpatienten und armen Kassenpatienten, sondern einfach nur noch zwischen Erkrankungen, nämlich Erkrankungen mit denen ein Krankenhaus Geld verdienen kann und solchen, bei denen es Verluste macht. Amerikanische Gesundheitsmanager reden hier in ihrer pragmatischen und etwas schnoddrigen Art von 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 u.a. Patienten mit vielen Krankheiten, alte und chronisch Kranke, wie z.B. Patienten mit chronisch offenen Beinen aber auch Patienten, die sich wund gelegen haben oder unsere Rheumatiker. Ja, und eine wichtige, wirklich ganz entscheidende Frage ist nun:

**Wie werden wir Ärzte uns in der Zukunft verhalten, wenn bei unseren Patienten durch unsere Verwaltungen solche Unterscheidungen – poor dog / cash cow – vorgegeben werden?** Hierzu ein Beispiel: Ein guter Freund, Chefarzt eines nahe gelegenen, privaten Krankenhauses erzählte mir kürzlich folgende Begebenheit:

*Zum Jahresende wurde er von seinem Kaufmännischen Direktor über das Ergebnis der Jahresabrechnung informiert: „Lieber Professor“, begann der Direktor, „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 erwirtschaften konnten.“ Erleichterung und Zufriedenheit 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, entgegnete 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 Unfall-Chirurg, allgemein-notfallchirurgische Aufnahmen aus der Stadt anzunehmen, wie z.B. Verkehrsunfälle, Knochenbrüche, Schnitt- und Schürfwunden, u.s.w. 'Er wolle sich nur noch auf Operationen von Hüft- und Kniegelenksprothesen konzentrieren', die – wie wir wissen – 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, d. h. strukturelle Gefahr einer sogenannten Schnäppchenmedizin, die dazu führt, dass finanziell attraktive Patienten bevorzugt aufgenommen werden. Und das Perverse ist: Ein Krankenhaus, welches 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 sind diese anderen Krankenhäuser? Wer will diese poor dogs aufnehmen?

Unser Gesundheitssystem sieht nun vor, dass diese Patienten von sogenannten Krankenhäusern der Erstversorgung, d. h. von staatlichen oder kommunalen Krankenhäusern aufgenommen werden – ja aufgenommen werden müssen, denn nach bestehendem Recht dürfen Krankenhäuser der Erstversorgung niemanden ablehnen. Ja, und so finden wir auch hier ein uns altbekanntes Muster: **Gewinne werden privatisiert, Verluste sollen sozialisiert werden.**

Eine erschreckende Entwicklung bahnt sich hier seit geraumer Zeit an: Nach Ansicht von Experten werden in ca. 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 dies 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 – obwohl privatisiert, obwohl eine Aktiengesellschaft – ist sowohl ein Krankenhaus der Maximal- als auch der Erstversorgung. D. h. bei uns muss jeder aufgenommen werden und es wird auch jeder aufgenommen, egal ob man nun schwer oder leicht erkrankt ist, egal ob man 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.

Warum "derzeit"? Weil wir in den Hochglanzbroschüren des Rhön-Konzerns allzu häufig ein sog. Schlüsselwort finden, nämlich Teleportalmedizin. Mit Hilfe eines solchen Systems kann über computergesteuerte mediale Vernetzungen im Voraus entschieden werden, welches Krankenhaus welchen Patienten mit welcher Krankheit aufnehmen soll. Dies könnte eine mögliche Richtung sein, in die sich unser Klinikum in Zukunft weiterentwickelt. Eugen Münch – Unternehmensgründer der Rhön-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.

### **verkürzte Liegezeiten**

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. Und hier arbeitet Rhön kräftig mit.

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 Bereich – entstehen für unsere Patienten bewusst und gewollt immer kürzere Liegezeiten. Ja, und so kann – nur mal als Beispiel – aus einem Patienten mit einer Lungenentzündung, der vielleicht ein 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. sogar sinnvoll sein und außerdem – 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, und zwar 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 – und das sollten wir uns merken – 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? Deprimierend aber wahr: **Es gehört anscheinend zum Wesen unseres ökonomischen Fortschritts, dass er die Schwächsten einer Gesellschaft, die Alten, die Kinder, die chronisch Kranken zuerst schlägt**. Ich frage daher 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 nur eine Speerspitze.

Fairerweise muss man derzeit jedoch 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 Chefarzte weiterhin absolut frei und unabhängig. Warum nur ein "Hoffen"?

### **Chefarzt-Boni-Berträge**

Weil in den letzten Jahren an zahlreichen Krankenhäusern sogenannte **Chefarzt-Boni-Verträge** abgeschlossen wurden, Verträge, die wir bisher nur aus der Finanz- und Bankenwelt kennen- und leider auch fürchten gelernt haben. Und jetzt wird es richtig böse: Bei diesen Verträgen – verschleiern oft als "**Zielvorgabe**" tituliert – erhält ein Chefarzt am Jahresende nämlich 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. das uns schon bekannte Einsetzen von Hüft- oder Kniegelenksprothesen, oder auch Herzkatheteruntersuchungen.

Ja, und schlimm wird es eben nun, wenn eine solche gewinnträchtige Behandlung für den betroffenen Patienten – medizinisch gesehen – vielleicht gar nicht sinnvoll oder notwendig ist, sie aber dennoch, aufgrund des finanziellen Anreizes, vorgenommen wird. So werden in Deutschland pro Kopf fast dreimal so viele Kniegelenksprothesen eingesetzt wie im reichen Norwegen.

Aus diesem Grund stellen in meinen Augen solche Chefarzt-Boni-Verträge eine weitere, wirklich schlimme Form der Korruptierbarkeit von Ärzten dar. Und man kann ernsthaft – wirklich ernsthaft – annehmen, dass auch Rhön generell zu einer solchen Praxis übergehen wird. So wurde meinem Chef – ich arbeite in der Abteilung Hämatologie – in der Tat bereits eine solche Vereinbarung von Rhön angeboten. Er hat sie kategorisch abgelehnt!

Und so ist eindringlich zu fragen: Wie werden sich die übrigen Chefärzte, die Direktoren unserer Klinikabteilungen, verhalten, wenn auch ihnen solche Bonus-Zahlungen von Rhön angeboten werden oder schon worden sind? Ich denke, wir Bürger sollten uns hier informieren. **Denn eine wirklich schreckliche Situation träte ein, wenn unsere Patienten 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.

### Zusammenfassung

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, marktconforme Gesellschaft, in der das Verwertbarkeits-, Effizienz- und Nützlichkeitsdenken der Wirtschaft aber 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 oder Energie vom Staat einfach privatisiert werden dürfen, und damit der Gier von solchen Shareholder-Value-Vertretern ausgeliefert werden. Das Bundesland Bremen hat vor solchen Privatisierungsvorhaben der Politiker neuerdings zwingend einen Volksentscheid vorgeschrieben. Das ist in meinen Augen wirklich einmal ein Schritt in die richtige Richtung. Hoffentlich wird Hessen hieraus lernen. **Ich persönlich halte den Sozialstaat – trotz all seiner uns bekannten Mängel – für eine der größten europäischen Kulturleistungen und es ist in meinen Augen 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 in den letzten Jahrzehnten die reale effektive politische Macht in die Hände der Finanzmärkte und in die Hände global agierender Wirtschaftskonzerne gelegt haben und die durch eine fragwürdige Steuerpolitik das Land, die Kommunen, ja ganz allgemein 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 sollten wir Marburger Bürger weiterhin fordern, dass die Landespolitik – gerade nun nach der Wahl – sich endlich wieder – im Sinne einer demokratischen Einflussnahme – einmischt in diesen Konzernpoker um unser Klinikum. Und wenn die Politiker – aus welchen Gründen auch immer – dieses Primat der Politik auch weiterhin nicht durchsetzen wollen, wird uns Marburger Bürgern wohl nichts anderes übrig bleiben, als mit langem Atem und großer Geduld immer wieder neue Formen zu suchen, um unsere Empörung über diese Privatisierung unserer Klinik öffentlich zu machen – quasi als Zeichen einer demokratischen Selbstermächtigung. Ich bin gespannt, ob uns das in der Zukunft gelingen wird.

5. Ja, und persönlich wünsche ich mir für die Zukunft – auch in Ihrer aller Interesse –, dass, wenn ich eines Tages als armer Kassenpatient 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 möglicherweise 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 gemein-nützig-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.



**Dr. med. Konrad Görg**  
Arzt für Innere Medizin  
Abteilung Hämatologie/Onkologie  
Zentrum Innere Medizin  
**Universitätsklinikum Marburg**  
[goergk@med.uni-marburg.de](mailto:goergk@med.uni-marburg.de)