



Mildtätigkeit versus Markt

In einer durchökonomisierten Krankenhauslandschaft steht nicht mehr der kranke Mensch, sondern der Erlös aus der Behandlung im Vordergrund,

Es ist unübersehbar: Die deutsche Krankenhauslandschaft wird umgepflügt. Die Einführung des neuen Vergütungssystems über diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) hat einen radikalen Umbruch im Kliniksektor eingeleitet und die lange Zeit für unverrückbar gehaltenen Prinzipien einer am individuellen Bedarf orientierten Krankenhausversorgung in ihr Gegenteil verkehrt.

Bisher durfte jeder in ein Krankenhaus aufgenommene Patient darauf vertrauen, so lange medizinisch betreut zu werden, bis er sich im Alltag wieder selbst helfen konnte. So viel Mildtätigkeit kann sich heute aber kaum ein Krankenhaus mehr leisten. Die Patienten werden nunmehr einer Fallpauschale zugeordnet und dann entsprechend dieser Diagnose schnellstmöglich behandelt und so früh wie möglich entlassen. Das birgt die Gefahr einer Risiko Selektion nach Marktgesetzen. Der Patient droht zur rein ökonomischen Bezugsgröße zu werden.

In einer solcherart durchökonomisierten Krankenhauslandschaft steht dann nicht mehr der kranke Mensch und sein individuelles Schicksal, sondern der Erlös aus der Behandlung des Patienten im Vordergrund. Krankenhäuser, die sich nicht schnell genug den neuen Wettbewerbsstrukturen anpassen, werden untergehen oder – sofern sie den Investoren rentabel erscheinen – ganz oder teilweise übernommen.

Dass selbst renommierte Universitätskliniken privatisiert werden sollen, wäre vor Jahren noch undenkbar gewesen. In Zeiten chronischen Geldmangels der öffentlichen Hand scheinen aber die Risiken einer solchen Unternehmung in den Hintergrund zu treten. Kaum jemand fragt danach, was einen privaten Unternehmer dazu bewegen soll, Forschung und Lehre zu fördern. Und niemand wird ernsthaft behaupten wollen, unter der Regie privater Klinikkonzerne werde die für das Gesundheitswesen insgesamt so wichtige Weiterbildung zum Facharzt ohne Abstriche gewährleistet sein.

Krankenhäuser, die der kühlen betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Kalkulation eines privaten Kapitalgebers unterliegen, sollen Rendite erwirtschaften. Zur Not wird man einen gezielten Abbau von Personal in Kauf nehmen und Leistungen minimieren, die der Gewinnabschöpfung im Wege stehen. Dass ein Abbau von Kapazitäten negative Folgen für die Qualität der Versorgung haben kann, steht außer Frage. Denn unter dem Prinzip der Gewinnmaximierung bedeutet ausreichend honorierte ärztliche Arbeit und die Versorgung kostenintensiver multimorbider Patientengruppen letztlich Renditeschwächung.

Wie sehr der Profitgedanke im Krankensektor bereits Platz gegriffen hat, zeigen die gerade in jüngster Zeit rasch fortschreitenden Übernahmen durch private Klinikkonzerne. Wenn selbst das Bundeskartellamt angesichts dieser Konzentrationsprozesse Bedenken anmeldet, ist es höchste Zeit, darüber nachzudenken, wie wir den medizinischen Fortschritt einer alternden Gesellschaft noch flächendeckend sicherstellen wollen.

Die Verantwortung für die Menschen, die als Verlierer des neuen Systems dastehen, möchte jedoch keiner der großen Privatisierungsstrategen übernehmen. Der Staat hat zwar den Sicherstellungsauftrag für den stationären Sektor, doch preist die Politik immer noch jede Verkürzung der Verweildauer in den Kliniken als Ausdruck von gesteigerter Wirtschaftlichkeit.

Den Ärztinnen und Ärzten aber ist die wenig dankbare Aufgabe zugebracht, gegenüber dem einzelnen Patienten für die Rationierung zu haften.

*Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer
und der Ärztekammer Nordrhein*

Dieser Beitrag ist die leicht modifizierte Fassung eines Gastkommentars von Professor Hoppe in der Frankfurter Rundschau vom 25. Mai 2005.