





KAPITAL

ÜBERDOSIS GESUNDHEIT

Von
SUSANNE DONNER

In Krankenhäusern
sollen Kranke
gesund werden.
Denkt man.

Illustrationen
MORITZ WIENERT

Tatsächlich müssen moderne Kliniken
inzwischen vor
allem Kasse machen.
Dafür schaden
sie Patienten
manchmal sogar –
besonders am
Lebensende



Susanne Donner schreibt zu Themen aus Medizin, Gesellschaft und Ökonomie. Dazu ist sie mehrmals im Jahr in verschiedenen Krankenhäusern unterwegs. Wie stark Krankenhäuser auf Profit ausgelegt sind, hatte sie zuvor nicht erwartet. Sollte sie mal in einer Klinik landen, will sie eine unbequeme Patientin sein

Katrin R. hatte das Krankenhaus gerade erst verlassen. In zufriedenstellendem Allgemeinzustand, wie die Ärzte schrieben. Zwei Jahre zuvor war sie zwar an Blasenkrebs erkrankt. Aber dieser schien besiegt. Nur: Die 74-Jährige kann kaum essen. Immer wieder ist ihr übel. Sie wiegt nur noch 50 Kilogramm bei 1,70 Metern Körpergröße. Ein niedergelassener Arzt, der die zarte Frau deshalb untersucht, ist bestürzt: In den Beinen und im Bauch staut sich Wasser. Die Arztpraxis ruft sofort den Notarzt.

So kommt Katrin R. wieder in dasselbe Klinikum, das sie etliche Wochen zuvor entlassen hat. Und jetzt finden die Ärzte doch tatsächlich etwas: Angeblich Eierstockkrebs, der bereits bis in den Bauch gestreut hat. Das erklärt den massiven Gewichtsverlust. Katrin R. und ihre Familie sind geschockt. Wie konnte dieser Krebs so plötzlich und so rasant wachsen? Ihr geht es im Krankenhaus von Tag zu Tag schlechter. Sie hat starke Schmerzen, erbricht sich pausenlos und ringt um Luft. Heilen könne man sie nicht mehr, gestehen die Ärzte. Aber der Chefarzt schlägt vor: Mit einer ganz leichten Chemotherapie, die sie kaum spüren

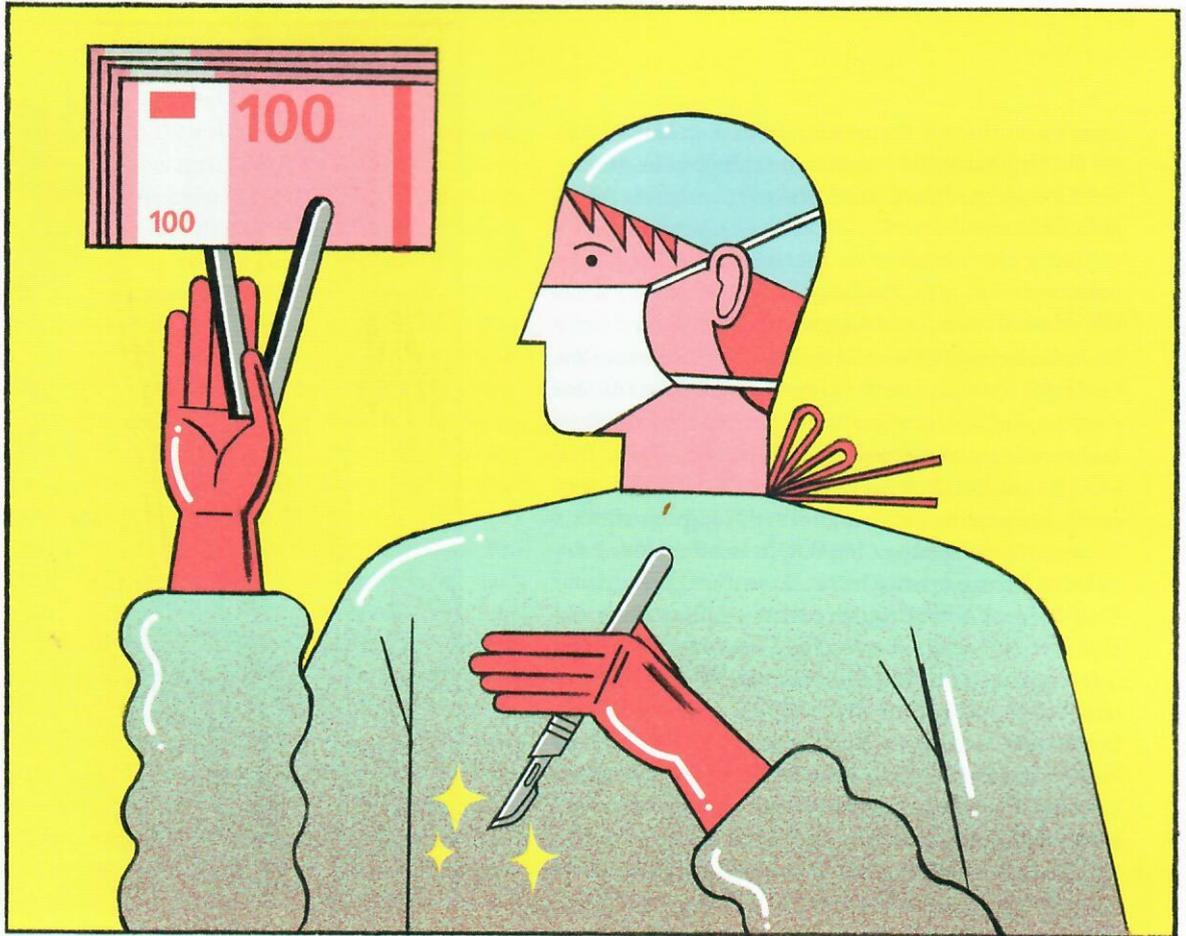
werde, könne man ihr noch eine gute Zeit zu Hause, bis zu einem halben Jahr verschaffen.

Katrin R. hat eine Patientenverfügung. Sie wünscht keine lebensverlängernden Maßnahmen, wenn sie im Sterben liegt. „Ich möchte nicht an Schläuchen hängen, sondern lieber friedlich einschlafen“, insistiert sie im Krankenhaus. Der Leitende Oberarzt lehnt deshalb eine Chemotherapie kopfschüttelnd ab. Aber der Chefarzt rät unbedingt dazu. „Es war kurz vor Weihnachten 2017. Wir klammerten uns schließlich an diesen Strohhalm“, erinnert sich der Sohn. Der Chefarzt verordnet eines der ältesten und heftigsten Chemotherapeutika überhaupt. Katrin R. erbricht sich pausenlos und fleht um Erlösung. Sie stirbt kurz vor Weihnachten.

Als der Wittener Palliativmediziner Matthias Thöns von dem Fall erfährt und die Akten einsieht, erkennt er: Mit Katrin R. wurde Geld gemacht. Indem das Krankenhaus die Frau gesund entließ und neu aufnahm, konnte es eine hohe Summe abrechnen. Der angebliche Eierstockkrebs wird als neue Krankheit dann nochmals besonders hoch vergütet. „Belegt ist diese Diagnose aber gar nicht“, stellt Thöns klar. „Medizinisch viel naheliegender ist dagegen, dass der alte Blasenkrebs zurückgekommen ist.“ Und das „Gemeinste“, so Thöns, „die Frau lag bei der erneuten Einlieferung im Sterben“. Sie hätte Schmerzmittel gebraucht, damit ihr die letzten Lebenstage nicht zur Qual werden. „Es war klar, dass eine Chemotherapie sie nicht retten, sondern ihr nur heftige Nebenwirkungen bringen würde.“ Die Behandlung konnte die Klinik abermals teuer abrechnen. Das Katholische Krankenhaus hat so an Katrin R.'s Lebensende einige Tausend Euro eingestrichen. Ihr Sohn geht nun rechtlich gegen das Klinikum vor.

Kann das sein, mitten in Deutschland, dass Krankenhäuser wie jenes von Katrin R. für Geld zu viel behandeln? Ja, sagen Heinz Naegler und Karl-Heinz Wehkamp, beide ihres Zeichens Medizin- und Wirtschaftswissenschaftler. „Es geht immer weniger um das Patientenwohl und zunehmend um Gewinn.“ Sie unterfüttern ihre Aussage mit einer gerade erschienenen 300 Seiten starken Studie. Darin zitieren sie 21 Geschäftsführer verschiedener Kliniken und über zwei Dutzend Chefarzte, die sie ausführlich befragt haben.

Viel Zuspruch erhielt das Buch von der Bundesärztekammer, vom Marburger Bund bis hin zu einigen Krankenkassen. Der Tenor: „Endlich traut sich's mal einer zu sagen.“ „Ein heißes Eisen.“ Begreift die Menschen, was in Kliniken vor sich geht, droht ein Vertrauensverlust in die moderne Medizin. Womöglich blieben Patienten dann lieber unbehandelt daheim als sich für die Bilanz der Klinik durchoperieren zu lassen. „Wir sind auf dem besten Weg dazu“, sagt Wehkamp. Das



Bundesforschungsministerium hatte seine Erhebung nicht finanzieren wollen. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens sei gewollt, war die Begründung.

WIE IST ES MÖGLICH, dass sich Krankenhäuser mit Patienten in die schwarzen Zahlen hieven? Im Krankenhaus werden Behandlungen und Eingriffe nach sogenannten Fallpauschalen abgerechnet. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen zahlen. Die Therapie eines Schlaganfalls etwa veranschlagen die Controller, wie die Hüter der Zahlen in den Kliniken heißen, fünfstellig. Eine Chemotherapie schlägt vierstellig pro Tag zu Buche. Patienten, die nur im Bett liegen und dabei keine besonderen Behandlungen bekommen, bringen in diesem System nichts. Die Folge ist ein Stakkato der Kuren am Kranken. Deutschland hat im internationalen Vergleich auffallend hohe Zahlen bei vielen Behandlungen. Am medizinischen Fortschritt und an immer mehr alten Menschen alleine liegt das nicht.

„Alle Kliniken sollen schwarze Zahlen vorweisen“, stellt Wehkamp klar. Bei den großen privaten Klinikketten wie Helios und Asklepios sind es die Konzernzentralen und die Aktionäre, die dies fordern. Aber

auch auf Universitätskliniken und Einrichtungen freier Träger lastet das Gebot, sich zu rechnen, betont der Experte. In städtischen Kliniken üben mitunter die Kommunen und damit Politiker massiven Druck aus. Die Situation spitzt sich besonders zu, wenn ein Krankenhaus roten Zahlen schreibt und die Schließung droht.

Doch die von außen herangetragene Forderung nach Gewinn, üblich sind 2 Prozent, ist es nicht alleine. Klinikdirektoren formulieren gegenüber ihren Chefärzten sogenannte Zielvereinbarungen. Darin legen sie fest, welcher Erlös in den verschiedenen Abteilungen erwirtschaftet werden soll, wie viele Fälle, etwa Schlaganfallpatienten oder Knieoperationen, es im Jahr sein sollen. Der Autobauer, der expandieren will, fertigt mehr Autos in seinen Werkshallen. Aber Ärzte? Können Krankenhäuser bilanziell optimierte Therapiefabriken sein? Um ihnen auf die Sprünge zu helfen, haben 70 bis 90 Prozent der Chefärzte und nicht wenige Oberärzte Bonusregelungen in ihren Arbeitsverträgen. Sie werden am Erlös beteiligt oder belohnt, wenn ihre Abteilung einträglich ist oder sie besonders hohe Behandlungszahlen erreichen, etwa viele Chemotherapien oder Operationen vornehmen. Diese

Boni sind mit dem Transplantationsskandal 2012 in die Kritik geraten. Das Bundesgesundheitsministerium sieht sie auf Anfrage „sehr kritisch“ und „aus ärztlicher Sicht abzulehnen“.

Verschwunden sind sie aber nicht. Die Bundesärztekammer hat eine Prüfungskommission eingerichtet, damit die Boni nicht gegen ethisch-medizinische Grundsätze verstoßen. Neueingestellte können ihre Verträge freiwillig dort prüfen lassen. Wie oft das passiert und was moniert wird, beantwortet die Bundesärztekammer auf zweifache Anfrage nicht. Eckhard Nagel, Direktor des Universitätsklinikums Bayreuth, behauptete auf dem Berliner Kongress „Praxis Versorgungsforschung“ im Mai, in seinem Haus gäbe es keine Bonusverträge mehr. Daraufhin meldete sich Wolf-Dieter Ludwig, Leiter der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, brüskiert zu Wort: „Diese Verträge existieren en masse weiter, und sie sind schrecklich. Und wir alle hier wissen das. Das Problem ist aber: Viele Ärzte wollen die auch, weil es dann mehr Geld gibt.“ Lediglich Ärzte mit sehr alten Verträgen erhalten keine ethisch fragwürdigen ökonomischen Anreize.

Die Boni sind der Hebel für geldorientiertes Handeln in den Krankenhäusern. Das Übrige tut die Unternehmenskultur: Je besser eine Abteilung mit ihren Zahlen dasteht, desto höher das Ansehen beim Geschäftsführer der Klinik, schildern Ärzte mehrfach in Wehkamps Studie. Den Unrentablen, häufig sind es die Diabetologie oder die Psychosomatik, drohen Druck, Stellenabbau und langfristig die Schließung.

Ärzte handeln deshalb längst nicht mehr nur nach medizinischen Maßstäben, sondern auch nach ökonomischen Vorgaben. Das ist ein ständiges Spannungsfeld: „Diagnosen werden bis in eine Grauzone hinein ausgedehnt“, sagen mehrere Ärzte zu Wehkamp. Schon in der Besprechung am Morgen wurde beispielsweise gefragt, ob auf anderen Stationen Patienten lägen, die für eine Herzkatheteruntersuchung infrage kämen. Man sei nicht ausgelastet.

Fast eine Million dieser teuren Eingriffe gab es hierzulande im vergangenen Jahr, vier Mal mehr als durchschnittlich in anderen Industrienationen. Dabei schiebt der Arzt über die Beinvene einen schmalen Draht zum Herz hinauf, um zu prüfen, ob das Organ gesund ist. Wer Schmerzen im Brustraum auch nur beiläufig äußert, bietet sich als perfekter Kandidat an. Dass einige Patienten als Komplikation schwere Nachblutungen bekommen, in seltenen Fällen sogar einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleiden und jedes Jahr etwa 5000 Menschen an dem Eingriff sterben, nimmt man offenbar stillschweigend in Kauf.



DIE KRANKENKASSEN MONIEREN seit längerem, dass die Kliniken zu viele Patienten unnötig kathetern. Petra Thürmann, Klinikchefin des Helios Universitätsklinikums Wuppertal, rechtfertigt die hohen Zahlen jedoch: „Das ist auch eine Frage der Verfügbarkeit. Wenn die Geräte vorhanden sind, wird das eher untersucht, als wenn man wochenlang auf einen Termin warten müsste.“ Damit räumt sie indirekt ein, dass nicht das Patientenwohl maßgeblich ist, sondern die Zahl vorhandener Geräte, letztlich ein ökonomisches Kriterium, weil die teuren Maschinen sich amortisieren sollen. Sie sagt sogar: „Natürlich gibt es da einen Graubereich der Indikationsstellung.“

Die Grauzone ist das Problem des Phänomens Therapiefabrik. Denn sie ist ein dehnbares Kontinuum für jedwede Diagnose und wird bis an ihre Grenzen und darüber hinaus für den Profit ausgeschöpft, ermittelten Wehkamp und Naegler. Patienten bekommen Kniegelenkersatz und Rückenoperationen, auch wenn dies medizinisch fragwürdig ist. Besonders lukrativ wird dieses Vorgehen am Lebensende.

So waren der Techniker Krankenkasse in ihren Daten wiederholt betagte Patienten aufgefallen, die in den letzten zwei Wochen vor dem Tod mehrmals wiederbelebt wurden und diverse neue Therapien erhielten. Wie etwa der 63-jährige Werner D., der mit fortgeschrittenem Mandelkrebs 2013 kurz vor Weihnachten in eine Klinik kam. Chirurgen entfernten sofort den Tumor. Dann erlitt er aber einen Herzstillstand und wurde wiederbelebt. Die Ärzte beatmeten künstlich. Wieder hörte sein Herz auf zu schlagen. Aufs Neue reanimierten sie und schlossen ihn an eine Herz-Lungenmaschine an. Dasselbe am nächsten Tag. An drei Tagen wurde er drei Mal reanimiert.

„Das ist schon eine besondere Häufung“, sagt Roland Lindner, Gesundheitsökonom vom Wissenschaftlichen Institut der Techniker Krankenkasse. Er nahm sich die Zahlen genauer vor. Demnach bekommen jährlich über 36 000 Patienten alleine bei diesem Versicherungsträger zwei Wochen vor ihrem Tod aufs Neue eine Chemotherapie, eine Bestrahlung oder eine Wiederbelebung. „Mutmaßlich vollkommen überflüssig, vielleicht sogar zu ihrem Nachteil, denn eine Nebenwirkung der Krebstherapien ist der Tod“, sagt Lindner. „Mit so einem hohen Anteil betroffener Patienten habe ich nicht gerechnet.“

Die Maximaltherapie, besonders am Lebensende, als bewährte Strategie, um die Einnahmen in die Höhe zu treiben? Die Beatmung etwa ist ein beliebter Baustein dieser Intensivkur. Ab 24 Stunden an der Beatmungsmaschine gibt es einen Sprung in der Vergütung. Kliniken bekommen bis zu 23 426 Euro. In den Beatmungsdaten des Statistischen Bundesamts sieht man einen scharfen Peak bei 24 Stunden. Ein gewaltiger Anteil an Patienten wird also etwas länger künstlich beatmet, damit die Controller den höheren Satz abrechnen können. Sogar bei den Verstorbenen findet sich dieser Ausschlag in den Daten, will heißen, die Toten hängen noch ein Weilchen an der Beatmungsmaschine – zugunsten der Einnahmen.

Im Einzelfall kann die geballte Maximaltherapie für die Patienten grausam sein. Der Wittener Palliativmediziner Matthias Thöns erinnert sich an Angela F. Die 71-Jährige litt an Bauchschmerzen und Parkinsonscher Krankheit, als die Ärzte im Krankenhaus im September 2017 auch noch fortgeschrittenen Eierstockkrebs finden. „Ich will nicht leben um des Lebens willen. Ich will eigenständig das Krankenhaus verlassen“, gab sie zu Protokoll.

Wie Katrin R. hatte sie eine Patientenverfügung und lehnte lebensverlängernde Maßnahmen ab. Zwei Tage später entfernten Chirurgen ihr die Eierstöcke, die Gebärmutter, das Bauchfell, Teile des Dünn- und

des Dickdarms und legten einen künstlichen Darmausgang. Tags darauf erscheinen Angelas Beine wie tot. Es folgt eine Notoperation. Dann wird sie gegen ihren Willen künstlich beatmet. Als sie sich wehrt, schnallen die Pfleger sie am Bett fest. Angela schreibt auf einen Zettel: „Ich will nicht mehr.“ Am 23. Oktober informieren die Ärzte die Angehörigen über eine Bauchfellentzündung. Diese haben eine Vollmacht, über die Behandlungen von Angela zu entscheiden. Die Familie lehnt weitere Eingriffe ab. Aber der Chefarzt stellt klar: Dies sei keine Frage der Zustimmung. Darauf folgen elf Operationen und die Langzeitbeatmung. Am 6. Februar 2018 stirbt Angela F. unter Maximaltherapie. Etwas mehr als 204 000 Euro brachte die Behandlung dem Klinikum ein, hat Thöns ausgerechnet. Sie war Privatpatientin, deshalb dürften es noch ein paar Euro mehr gewesen sein.

„Diese Patientengeschichten sind gruselig“, sagt der Bayreuther Klinikdirektor Eckhard Nagel und stellt sie als herausgegriffene Raritäten hin. Dann warnt er Thöns: „Wenn Sie das Vertrauen in die Medizin unterminieren, verlieren Sie viel mehr.“ Was dann käme, zeige die Bankenkrise. Banken und Banker haben an Reputation eingebüßt. Deshalb lieber schweigen? Thöns schweigt nicht und hat sich so viele Feinde gemacht. In seinem Bestseller „Patient ohne Verfügung“ prangert er die Missstände an. Und er ist nicht

**Die Familie lehnt
weitere Eingriffe
ab. Doch es folgen
elf Operationen
und die Langzeit-
beatmung**

„Nationale Studien deuten auf eine beachtliche Zahl vermeidbarer Krankenhaus- einweisungen hin“

alleine. Der Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft, Johannes Bruns, schilderte beim Berliner Kongress die Geschichte einer 66-jährigen Krebspatientin, „die in allen Großstädten dieses Landes behandelt wurde“ und bis zuletzt Maximaltherapie bekam. „Das ist kein Einzelfall“, sagt Bruns. Er setzt sich dafür ein, dass Patienten am Lebensende Schmerzmittel bekommen statt teurer, aggressiver Krebsbehandlungen.

SCHON BEI DER AUFNAHME in die Krankenhäuser werden lukrative Patienten bevorzugt, heißt es in der Studie von Wehkamp und Naegler. Man behielte sie sogar im Krankenhaus, um an ihnen zu verdienen, auch wenn das medizinisch nicht nötig sei. Wenn man solche Patienten an andere Krankenhäuser abgebe, weil sie dort besser versorgt werden, müsse man sich rechtfertigen, schildert ein Arzt. Umgekehrt sollen Ärzte „unwirtschaftliche Patienten loswerden“, so Wehkamp. Dadurch komme es zu sogenannten „blutigen Entlassungen“, etwa nach Brustoperationen oder Gebärmutterentfernungen. Geschwächte Patientinnen mit kaum verheilten Wunden sollen aus den Krankenhausbetten, für profitable Kranke. Und weil es mehr Geld gibt, Kranke ein zweites Mal aufzunehmen, würde man sie auch mal zwischen zwei Eingriffen heimschicken.

Das Gesundheitsministerium räumt ein, die Zahl stationär behandelter Patienten in Deutschland sei im Ländervergleich hoch. „Nationale Studien deuten auf

eine beachtliche Zahl vermeidbarer Krankenhauseinweisungen hin.“ Fragt man die Geschäftsführer, „wie gehen sie meistens ab, gestehen lediglich, dass es ökonomische Ziele gibt. Diese geraten aber angeblich nie in Konflikt mit dem Patientenwohl“, sagt Wehkamp. „Bei uns werden keine Patienten nur behandelt, weil man damit Geld verdienen will. Man macht einen Eingriff, weil der machbar ist“, wehrt die Klinikdirektorin Petra Thürmann vom Helios Universitätsklinikum Wuppertal ab. Sie rechtfertigt die hohen Behandlungszahlen mit Termindruck: „Bei einem Herzinfarktpatienten fragen Sie nicht erst eine Stunde lang, ob der noch will oder nicht. Dann machen Sie erst einmal.“

Zwar kritisiert das Gesundheitsministerium Chefarztboni und profitorientierte Zielvereinbarungen. Man habe gesetzgeberisch verankert, Patienten öfters Zweitmeinungen zu ermöglichen, um unnötigen Eingriffen aus dem Weg zu gehen. Man justiere das Vergütungssystem fortlaufend, um einzelnen Fehlanreizen gegenzusteuern. Doch ein systematisches Aufblühen einer zweifelhaften Therapiewirtschaft sieht man offenbar nicht. Es gäbe keine eindeutigen „Nachweise für systematische Fehlanreize zu unethischem Handeln“.

Schuld soll aber auch die Erwartungshaltung der Patienten sein. „Britten und Niederländer schauen neidisch auf Deutschland, weil man hier schnell und leicht eine Herzkatheteruntersuchung bekommt“, sagt Klinikdirektorin Thürmann. In der Tat gibt es viele Kranke, die eine dritte Chemotherapie, künstliche Hüfte oder eine Herzuntersuchung möchten. Auch wenn dies manchmal medizinisch unsinnig sei, geben Ärzte mitunter nach, sagt Wehkamp. Mit dem hippokratischen Eid ist das kaum vereinbar. Ein Arzt darf nur tun, was Patienten heilt und keinesfalls schadet. „Wenn die dritte Chemotherapie nichts mehr bringt, nur schwerwiegende Nebenwirkungen, nehme ich mir die Zeit, den Patienten das zu erklären. Die wenigsten bestehen dann trotzdem darauf. Dann sage ich: Von mir nicht“, erklärt Thöns. Für diese Haltung hat er sogar einen ökonomischen Grund: Die Solidargemeinschaft zahlt. Und ihr Geld sollte der Genesung dienen, nicht der verklärten Hoffnung eines Einzelnen.

Hätte der Sohn von Katrin R. gewusst, dass seine Mutter bei der erneuten Einlieferung ins Krankenhaus im Sterben liegt, hätte er sie lieber zu Hause oder in einem Hospiz versorgt. Für all jene, die sich am Lebensende wähnen, hat Klinikchef Eckhard Nagel immerhin einen denkwürdigen Tipp: „Wer nicht möchte, dass alle lebensrettenden Maßnahmen angewandt werden, sollte keinen Notarzt rufen. Dann kommt er nicht ins Krankenhaus.“ ●