

- ▶ Mit Hilfe zum Teil bewusster Regelverletzungen verfolgte die Rhön-Klinikum AG von Anfang an das Konzept, bezahlbare Gesundheitsdienstleistungen für jedermann zu bieten. Durch das Flussprinzip und interdisziplinäre Diagnostikzentren in den Krankenhäusern wird der Grundsatz verwirklicht: „Rationalisierung vor Rationierung“.

Wenn man wie ich als Vorstandsvorsitzender über Jahrzehnte einen privaten Krankenhauskonzern geführt hat und diesen nun als Aufsichtsratschef begleitet, ist man immer wieder Kritik ausgesetzt. Gern wird man hoppla hopp und unesehen in einen Topf mit irgendwelchen Finanzinvestoren oder Hedgefonds-Managern geworfen, die vor allem mit Fremdkapital in Unternehmungen investieren, um sich schon nach wenigen Jahren wieder mit einer möglichst hohen Rendite zu verabschieden. So werde dann auch ich als Branchenvertreter der Krankenhäuser in privater Trägerschaft manchmal als Figur angesehen, deren moralische Integrität angezweifelt wird. Ich werde dann zum Beispiel gefragt, wo denn unsere „ethischen Grenzen“ lägen, wo wir doch im System der Fallpauschalen umso mehr verdienen, je kürzer Patienten in unseren Krankenhäusern liegen? Erstaunlich ist das schon deshalb, weil man Oberärzte, Pflegedienstleiter oder Mitarbeiter in unseren Krankenhausküchen und -wäschereien wohl nie nach ihren „ethischen Grenzen“ fragen würde, obwohl doch auch sie ihren Beruf unter anderem deshalb ausüben, weil sie Geld verdienen wollen. Gleiches gilt übrigens für niedergelassene freiberuflich tätige Ärzte.

Zum rhetorischen Repertoire der Kritiker und Bedenkenträger gehört regelmäßig auch die Warnung, eine stärkere Rolle privatwirtschaftlicher Anbieter in der deutschen Krankenhauslandschaft würde automatisch zu Verhältnissen wie in den USA führen, wo bekanntlich einer zahlungskräftigen Oberschicht eine sehr teure Hochleistungsmedizin zur Verfügung steht, während gleichzeitig Millionen von schlecht oder gar nicht versicherten Menschen medizinische Leistungen vorent-

halten werden. Richtig ist zwar, dass das US-Gesundheitssystem sehr starke Anreize für medizinische Spitzenleistungen bietet, weil sich dort neue und erfolgreiche Behandlungsmethoden durch die Nachfrage wohlhabender Patienten relativ schnell in Gewinne für die Leistungserbringer übersetzen lassen. Dennoch sind die USA für mich in dieser Hinsicht ein eher abschreckendes Beispiel, das keineswegs als Vorbild für den Umbau des deutschen Krankenhauswesens taugt, zumal in Deutschland praktisch jeder – anders als in den USA – krankenversichert ist. Vielmehr bin ich unverändert davon überzeugt, dass eine Flächenversorgung für jedermann die überlegenere Konstruktion darstellt – und zwar eine bezahlbare *Spitzenmedizin für Jedermann*. Nur durch sie ist der Erfahrungshintergrund gegeben, um allgemeine Gesundheitsgefahren für die Bevölkerung früh erkennen und bekämpfen zu können.

---

## 2.1 Ökonomie versus Ethik?

An diesem Punkt der Debatte werde ich regelmäßig gefragt, ob ich die Ablehnung des US-amerikanischen Modells ökonomisch oder ethisch-moralisch begründe, und nicht selten spüre ich die unausgesprochene Erwartung, ich möge rein ökonomisch argumentieren, damit man mir dann umso leidenschaftlicher unethisches Verhalten vorhalten kann. Ich halte diese Frage aber für falsch gestellt, weil sie beinhaltet, man könne sich nur für die eine oder für die andere Seite entscheiden. Ich hingegen glaube, dass es keinen geborenen Widerspruch zwischen Ökonomie und Ethik gibt, auch wenn dieser Gegensatz von Interessensgruppen gerne herbeigerechnet wird. Für mich erübrigt sich die Frage der Moral zumeist dann, wenn die Frage nach der Nützlichkeit zufriedenstellend beantwortet ist; mein Maßstab lautet: Tue nichts, was du nicht willst, dass es dir geschieht, und unterlasse nichts, von dem du willst, dass es dir geschehe. Niemand mag sich in der Situation wiederfinden, in der ihm eine lebensrettende Herzoperation verwehrt wird, nur weil er nicht über die dafür notwendigen finanziellen Mittel verfügt. Wie könnten also wir als Krankenhausbetreiber aus Gewinnstreben einem Patienten so etwas zumuten? Die Frage ist doch vielmehr, wie die Politik das System so organisieren kann, dass es zu diesem scheinbaren Dilemma – hier Ökonomie, dort Ethik – erst gar nicht kommt. Wenn wir die richtige Organisationsform gefunden haben, stellen wir fest, dass das moralisch Wünschenswerte – jeder bekommt die medizinisch erforderliche Herz-OP – auch das beste ökonomische Ergebnis zeitigt. Es ist nicht die Ökonomie, welche die Ethik der Medizin gefährdet, sondern die Medizin gefährdet ethische Grundsätze, wenn sie ökonomische Grundsätze missachtet; und ökonomische Grundsätze werden missachtet, wenn man meint, Ressourcen verschwenden zu können, ohne

dass dies Auswirkungen auf das gesamte System hätte. Im Begriff der Nachhaltigkeit, also des langfristig ausgelegten sparsamen Ressourcenverbrauchs, treffen sich moralische und ökonomische Maßstäbe. Ja, Medizin ist auch ein Geschäft, aber sie kann das auf Dauer nur sein, wenn sie echten Nutzen für die Patienten stiftet. Anders ausgedrückt: Der Grad der Nützlichkeit bestimmt die Nachhaltigkeit und damit die Ökonomie und die Ethik gleichermaßen. Ein altgedienter Hausarzt sagte mir am Beginn meiner Karriere einmal freundschaftlich: „Wenn Du im Gesundheitswesen etwas werden willst, Sorge dafür, dass Ethik und Monetik übereinstimmen, dann ergibt sich eine Symphonie.“ Nur am Rande sei hier bemerkt, dass die losgebrochene Diskussion über Ökonomisierung versus Ethik den Eindruck erweckt, als gebe es im Verhältnis zwischen Arzt und Patient nicht schon immer eine Ökonomisierung – indem nämlich der Arzt in seiner Praxis oder im Krankenhaus knappe Ressourcen an Patienten verteilt, darunter zum Beispiel auch seine Zeit. Ökonomie heißt immer, knappe Ressourcen möglichst wirksam einsetzen. Da die Ressourcen immer knapp sind, wird es daher auch immer Ökonomisierung geben. Jeder niedergelassene Arzt ist automatisch eben immer auch ein Unternehmer, der aus seiner Tätigkeit heraus Erträge und Gewinne erzielen muss, um unter anderem seine Gerätschaften in der Praxis in regelmäßigen Abständen modernisieren zu können.

Will man das Verhältnis von Ökonomie und Ethik im Gesundheitswesen verstehen, muss man die Wechselbeziehung zwischen Patient und Medizin herausarbeiten: Der eine hat eine Beschwerde, eine Krankheit, der andere eine Therapie, die helfen könnte; der eine hat Husten, der andere sammelt Kräuter, die dagegen helfen – dieses Wechselverhältnis hat sich bis zu jener Hochleistungsmedizin mit hochwirksamen Medikamenten, mit teuren Geräten und komplexen Verfahren entwickelt, die Leiden lindern oder beseitigen, die Leben retten und Lebenszeit schenken. Entscheidend ist dabei, dass keine Seite in dieser Wechselbeziehung ohne die andere denkbar ist: Der eine würde keine Kräuter sammeln oder keinen Kernspintomographen erfinden und bauen, wenn es keinen Kranken gäbe, dessen Krankheitsbild danach verlangt, und der Kranke würde keinen Arzt aufsuchen, wenn der ihm keinen Nutzen in Aussicht stellen könnte. Das gesamte medizinische Angebot spiegelt also die Gesamtheit aller medizinischen Fragestellungen wider, und genau deshalb ist es für ein effizientes Gesundheitswesen so eminent wichtig, eben alle Patienten zu inkludieren und nicht nur ein zwar zahlungskräftiges, aber mengenmäßig kleines Klientel. Umgekehrt gilt: Ein Gesundheitswesen, das Patienten und ihre speziellen Fragestellungen selektiert, weil sie es sich nicht leisten können, schadet sich auf Dauer selbst.

**Abb. 2** Hybrid-OP-Saal, Herz- und Gefäßklinik Bad Neustadt (Saale)



## 2.2 Warum die USA Kein Vorbild sind

Machen wir es konkret: In den USA genießen einige Reiche die Segnungen der Hochleistungsmedizin; sie könnten aber – davon bin ich überzeugt – noch viel stärker davon profitieren, wenn nicht viele Millionen Kranke von diesem Gesundheitssystem ausgeschlossen blieben. Auch wenn das für „Ethiker“ unangenehm ökonomisch klingen mag: Auch ein Krankenhaus braucht möglichst viele Patienten, damit alle wichtigen medizinischen Fragestellungen überhaupt erst aufgeworfen werden. Anders formuliert: Medizin ohne Krankheiten ist sinnlos, und Reiche haben schlicht zu wenige Krankheiten, als dass es sich lohnen würde, den gewaltigen Apparat eines Krankenhauses für eine selektierte Gruppe aufrechtzuerhalten. Es gilt der alte Grundsatz: Ohne die Behandlung der Untertanen, ist der Leibarzt des Königs nur ein Scharlatan. Ein Chefarzt, der eine hochkomplexe Operation nur zehn Mal im Jahr ausführt, ist wahrscheinlich schlechter darin als einer, der dazu hundert Mal im Jahr die Gelegenheit hat. Zu Ende gedacht bestünde die Professionalität des Arztes, der wenig operiert, darin, dem Patienten das Händchen zu halten und ihn *glauben* zu machen, er wäre der Beste seines Fachs. Doch tatsächlich fehlt ihm die Erfahrungs- und Wissensvermehrung, die er aus den 90 Prozent der nicht behandelten Patienten hätte ziehen können. Im Grunde genommen ist das eine banale Feststellung, deren Wahrheitsgehalt aber jeder schon oft erfahren hat. Ich selbst habe, als ich als junger Mann zunächst das Handwerk des Müllers erlernte, bestimmt in 5.000 Weizensäcke gegriffen und konnte deshalb irgendwann den Wassergehalt des Weizens auf ein Zehntel Prozent genau schätzen – man nennt das Berufserfahrung. Auf den Krankenhausbereich übertragen spricht vieles dafür, dass die Mehrkosten einer ausgedünnten Versorgung (wie in den USA) größer sind

als die Kosten der Umverteilung, um mit einem intelligenten System allen Bürgern eine gute Versorgung anzubieten. Ich bin mir jedenfalls sicher, dass Vollversorgung in der Summe preiswerter sein kann als segmentierte Eliteversorgung, und wenn man die teilweise enormen „Fallpreise“ in den USA mit unseren vergleicht, drängt sich diese Erkenntnis geradezu auf.

An dieser Stelle bietet sich ein Exkurs nach Indien an, wo der Chirurg Devi Shetty 19 Kliniken mit 13.000 Betten betreibt<sup>9</sup>, und über den der „Spiegel“ ausführlich berichtete. Das „Wall Street Journal“ nannte den 60-jährigen Shetty, der mehr als 30.000 Patienten operiert haben soll, einmal den „Henry Ford der Herzchirurgie“, weil er die Grundsätze der Massenproduktion auf die Medizin überträgt und dadurch radikal die Kosten senken kann. An seinem Hauptsitz in Bangalore wird an sechs Tagen in der Woche operiert, an der 1.000-Betten-Herzklinik zum Beispiel bringen es die Chirurgen auf mehr als 30 Eingriffe pro Tag, im Jahr sind das mehr als 11.000 Herzoperationen. Eine Koronararterien-Bypass-Operation beispielsweise kostet dort im Schnitt 1.500 Euro, in Deutschland liegt der Preis bei etwa 12.000 bis 17.000 Euro, in den USA bei 15.000 bis 30.000 Euro. Viel entscheidender aber ist der Vergleich mit anderen Anbietern in Indien, die Devi Shetty etwa um die Hälfte unterbietet. Damit ist für viele Tausend Menschen jedes Jahr plötzlich eine Operation möglich, auf die sie sonst aus Geldmangel hätten verzichten müssen. Man könnte es auch so sagen: Weil er als „Henry Ford der Herzchirurgie“ und anderer medizinischer Disziplinen ökonomische Regeln anwendet, gilt Shetty in Indien auch als „Chirurg der Armen“. Der „Spiegel“ schreibt richtigerweise: „Shetty schafft dies dank einer Ökonomie der großen Zahlen“ und zitiert ihn mit dem Satz: „Indien bringt eine riesige Menge Ärzte und medizinische Fachleute hervor. Wir haben zudem die meisten Kranken und finden deshalb Lösungen, die für die ganze Welt gut sind. Indien kann in zehn Jahren Weltmarktführer der globalen Gesundheitsindustrie sein.“ Manche mögen bei dem Begriff „Gesundheitsindustrie“ zusammenschrecken, aber sie müssen zur Kenntnis nehmen, dass Shetty dadurch Menschen behandeln kann, die sonst nie eine Chance auf eine Operation hätten. Das Ambiente in Shettys Kliniken mag „schmucklos“ sein und gemessen an deutschen Verhältnissen „billig“ wirken, schlecht ist die Medizin deshalb nicht: „Die Klinik in Bangalore ist von der angesehenen Joint Commission International (JCI) akkreditiert. Die JCI-Kriterien werden vor allem in der Ersten Welt, auch in Deutschland, als Basis für die Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen verwendet. In Entwicklungsländern gelingt es nur wenigen Einrichtungen, das JCI-Gütesiegel zu bekommen.“ Bis 2018 will Devi Shetty sein Unternehmen auf 30.000 Betten ausbauen, er will nach Afrika, Südamerika, sogar nach Europa expandieren

---

<sup>9</sup> Vgl. Mingels (2013).

und plant schon 2014 die Eröffnung eines Hospitals auf den Cayman Islands, das vor allem US-Amerikaner ansprechen sollen. „Wir möchten den Amerikanern mit ihrem absurd ineffizienten Gesundheitswesen zeigen, was heute möglich ist“, sagt der Arzt und Unternehmer.

Das US-amerikanische Gesundheitswesen hat ausdrücklich nicht die Breitenversorgung zum Ziel, sondern die Versorgung von Hochpreis-Patienten, die Forschung war immer auf einzelne Spitzenleistungen ausgerichtet und nicht auf die breite und damit auch soziale Verfügbarkeit. Wartelisten für Millionen von Menschen sind dort längst in die endgültige Angebotsverweigerung übergegangen, ein ähnliches Bild zeigt sich übrigens in Großbritannien. Man kann aber nicht selektiv einen Anspruch auf bestimmte Bedingungen erheben, sie anderen jedoch absprechen und dennoch glauben, dass sich auf diese Weise das notwendige breite Know-how für eine bestimmte Fragestellung herausbildet. Um es klar zu sagen: Wenn wir es ablehnen, die Krankheiten der „unteren Klassen“ zu therapieren, weil es ökonomisch nicht lohnend erscheint, wird das dann nicht aufgebaute Know-how fehlen, um auch die „oberen Klassen“ effektiv zu behandeln. Aus diesem Grund ist weder ein Zwei-Klassen-System noch das amerikanische Selektionssystem überlegen und kann für uns kein Vorbild sein. Deutlich werden die Mängel des amerikanischen Modells an folgenden Zahlen: Zwar liegen die Patienten dort wesentlich kürzer im Krankenhaus als bei uns, trotzdem sind die durchschnittlichen Krankenhauskosten je Patient in den USA etwa doppelt so hoch; das hat mit der mangelnden Rationalisierung zu tun, aber auch damit, dass Kliniken auch Patienten ohne Versicherung oder mit nicht ausreichender Versicherung im Notfall behandeln müssen und sich die ungedeckten Kosten durch Quersubventionierung von den anderen Versicherten holen.

Diese Logik kann man übrigens auch in anderen Branchen beobachten, etwa in der Automobilindustrie. Sie behauptet gerne, hochpreisige Autos mit ihren vielen technischen Raffinessen wären der Garant dafür, dass diese Innovationen später auch einmal in Massenautos zum Einsatz kommen. Tatsächlich ist es jedoch genau umgekehrt: Hätten die Hersteller nicht die Aussicht, die sehr teure Entwicklung dieser Innovationen durch die massenhafte Verwendung in kleinen und mittleren Autos später zu refinanzieren, würden es die Ideen der Ingenieure wohl nie bis in die Entwicklungsphase schaffen; nur weil sich die technischen Neuerungen durch die Massenfertigung auch ökonomisch auszahlen, erreichen sie jenen Reifegrad, der sie für den Einbau in sehr teure Autos tauglich macht.

In der Medizin kann man vergleichbare Muster finden. AIDS zum Beispiel war für die Pharmaindustrie so lange kein besonders interessantes Thema, wie die nachweislich falsche Meinung vorherrschte, davon wären nur Randgruppen betroffen, die im Zweifelsfall nicht zu den zahlungskräftigen Schichten gehören. In

den medizinischen Fokus rückte AIDS erst dann, als man sich schrittweise von dieser falschen Wahrnehmung löste und feststellte, dass es jeden treffen kann – erst dann wurden die nötigen Forschungsmittel investiert. Ähnliches kann man auch bei bestimmten Seuchen und Grippen beobachten.

Somit wird deutlich, warum es für mich undenkbar ist, Lösungsansätze, die letztlich aus einer völlig anderen gesundheits- und sozialpolitischen Zielrichtung kommen, bei uns anwenden zu wollen. Der Vergleich beider Systeme ist ein Vergleich zwischen Äpfeln und Birnen, eine Übertragung des amerikanischen Systems würde unser Versorgungssystem, das eher auf hochwertige Breiten- als auf Spitzenversorgung ausgelegt ist, unweigerlich zerstören, mithin die Volksgesundheit und den sozialen Frieden gefährden. Die Reichen wären deshalb ziemlich kurzsichtig, wenn sie dafür plädierten, das hiesige System nach US-amerikanischem Muster umzubauen. Der Nutzen der medizinischen Entwicklung für alle liegt ganz wesentlich darin, dass es auch zukünftig gelingt, die gesamte Pyramide der Bevölkerung und damit die gesamte Pyramide der Erkrankungen im System zu betreuen: Gesundheitsdienstleistungen müssen für jedermann verfügbar und für jedermann bezahlbar sein.

**Abb. 3** Klinisches Ethik-Komitee im Gespräch, Klinikum Frankfurt (Oder)



## 2.3 Unser Grundsatz: „Rationalisierung vor Rationierung“

Die Rhön-Klinikum AG ist auf dem Boden des Bismarckschen Sozialsystems entstanden, und wir sind Verfechter der daraus resultierenden Flächenversorgung. Unser unternehmerischer Ansatz war von Anfang an, Krankenhausleistungen durch Kostendegression so verfügbar zu machen, dass der niedrige Preis – er liegt etwa ein Drittel unter jenem vergleichbarer Anbieter – hohe Nachfragemengen er-

möglicht. Mit anderen Worten: Wir können die steigenden Patientenzahlen durch die Rationalisierungserfolge ausgleichen und damit den sozialen Ansatz des Systems erhalten. Unser wichtigster Grundsatz lautet: „Effizienzsteigerung (= Rationalisierung) geht vor Leistungsverminderung (= Rationierung)“, das bedeutet: Über Prozessorganisation und Investitionen werden ressourcenverschwendende Verfahren durch solche ersetzt, die mit den vorhandenen Mitteln eine größere Leistungsmenge zulassen. Die größere Leistungsmenge wiederum ergibt sich – ob wir es wollen oder nicht – aus dem steigenden Alter der Bevölkerung und dem Fortschritt in der Medizin.

Bei privaten Betreibern wie uns verstärkt sich das Motiv für diese Vorgehensweise noch dadurch, dass sie für effizienten Ressourceneinsatz mit unternehmerischem Gewinn belohnt werden. Da aber Gewinn, insbesondere bei getätigten Investitionen, nur unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten gesehen werden kann, wird der kluge Krankenhausbetreiber Ressourceneinsparungen, die zu Lasten seines Rufes gehen oder seine Marktstellung gefährden, tendenziell vermeiden. Man kann die Aussage, „wir wollen Gewinn erzielen“ sehr eindimensional auslegen und dahinter nur die am Profit interessierten Eigentümer sehen. Die viel entscheidendere Frage ist jedoch die nach der Gewinnverwendung. Gewinn lockt weiteres Kapital an und dient über Investitionen der Existenzsicherung des Unternehmens – das ist es, was Aktionäre, Mitarbeiter und natürlich auch die Patienten viel mehr interessiert als die doch wenig aussagekräftige Feststellung, dass wir Gewinnerzielung anstreben.

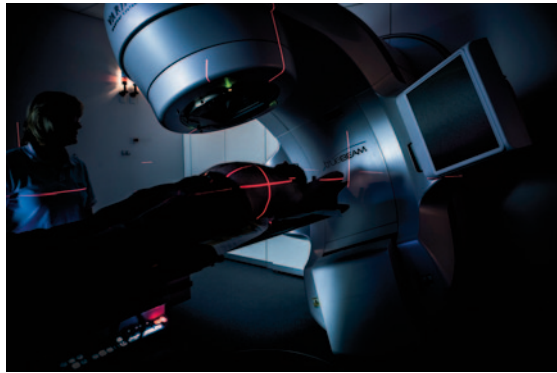
Gewinnorientiert und deshalb seit vier Jahrzehnten wachsend und auf stabilen Säulen stehend hat die Rhön-Klinikum AG 2012 einen Rekordumsatz von knapp 2,9 Milliarden Euro erzielt und mit 2,5 Millionen gesetzlich und privat versicherten Patienten mehr Menschen behandelt als je zuvor. Auch an dieser Zahl ist ablesbar, dass der Leitsatz „Bezahlbare Spitzenmedizin für Jedermann“ kein inhaltsleerer Werbespruch ist, sondern gelebte Realität in unserem Unternehmen mit seinen 16.000 Betten an 43 Standorten und in 90 Einrichtungen vom ambulanten Versorgungszentrum bis zur Universitätsklinik, vom Basisversorger bis zum hoch spezialisierten Fachklinikum wie dem Herzzentrum Leipzig, einem Flaggschiff des Konzerns. Mit dieser in Deutschland einzigartigen Spannweite erbringen die 43.000 Mitarbeiter Spitzenmedizin an 365 Tagen im Jahr und für jedwede medizinische Fragestellung, auch und gerade in ländlichen Gebieten. Und dabei spielen weder Gewinnerwartung noch mögliche Behandlungskomplikationen eine Rolle: Die unselektierte Patientenaufnahme ist bei uns eine „Heilige Kuh“.

Als Pionier des privaten Krankenhausmarkts, so sehen uns viele, haben wir gelernt, alle Stufen und Formen von Krankenhäusern so zu führen, dass wir bereits heute durchgängig in der Lage sind, die bei öffentlich-rechtlichen Konkurrenten



nicht enthaltenen Investitionen zu finanzieren, obwohl unsere Leistungsvergütungen auf dem unteren Niveau der bundesdeutschen Durchschnittspreise angesiedelt sind. Und es mangelt heute nicht an Beweisen – ob bei uns oder anderen privaten Anbietern – dass Ergebnismaximierung und somit Reinvestitionsfähigkeit zu höherer Qualität für Patienten führt und eben auch zu langfristig bezahlbaren Leistungen.

**Abb. 4** Strahlentherapie, Zentralklinik Bad Berka



---

## 2.4 Erfolg durch Regelbrüche

Im Rückblick erscheint es wie aus einer anderen Zeit und fast schon ein wenig kurios, wie die heutige Rhön-Klinikum AG entstehen konnte. 1970 hatte ich mein Studium der Betriebswirtschaftslehre abgeschlossen und mich für Jura eingeschrieben, um einmal als Wirtschaftsjurist tätig zu sein; nebenher arbeitete ich für einen Steuerberater, der Abschreibungsprojekte verkaufte, darunter auch ein Kurhotel im Bayerischen Wald, das im Rohbau steckengeblieben war – das Eigenkapital war weg, die Konzeption untauglich. Das Projekt erschien mir als eine interessante Unterbrechung meines Studiums und wurde eine erfolgreiche Sanierung, die ich 1974 verließ, um weiter zu studieren und meine Examen zu machen. Durch Zufall geriet ich an ein neues Projekt, bei dem mein Rat als Sanierer gefragt war – es handelte sich um ein ebenfalls am Abgrund stehendes, noch größeres Abschreibungsunternehmen mit 1.500 Apartments in Bad Neustadt. Mit vollmundigen Versprechungen waren dort Investoren angelockt worden, die nur zu gern geglaubt hatten, ihre Chance zur billigen Vermehrung ihres Kapitals hätte nichts mit Risiko zu tun. Die Herausforderung war zu verlockend, um sie abzulehnen. So ging ich 1974 nach Bad Neustadt mit dem Auftrag, das konzeptionell gescheiterte Großprojekt

entweder neu zu erfinden oder abzuwickeln. Millionen von Mark waren sinnlos verbaut worden, das Eigenkapital war zum großen Teil weg. Es gelang uns schließlich, die leerstehenden Gebäude für eine psychosomatische Klinik zu nutzen, in der wir bewusst gegen damals geltende fundamentale Regeln der analytischen Psychotherapie verstießen, indem wir mehr als 200 Betten in einem Hochhaus unterbrachten. Die Erkenntnisse aus der Psychotherapie führten bald zur Infragestellung von Integrationsmodellen auf einem ganz anderen Feld des menschlichen Zusammenlebens: Wir entwickelten eines der größten Integrationsinstitute in Deutschland mit weit über 20.000 teilnehmenden Aussiedlern. Dabei stand – und das war damals ein Tabubruch – nicht das soziale Hegen der Menschen im Vordergrund, sondern ihre zielgerichtete Ausbildung. Daraus entwickelten sich neue Formen der Suchtbehandlung und Ende der 1970er Jahre eine neue Art der Schlaganfalltherapie. Bei den Schlaganfallpatienten führten wir erstmals „Flussstrukturen“ in die Behandlung ein, zum Beispiel dadurch, dass Patienten, die in ihrem Genesungsprozess Fortschritte machten, in das nächste wohnlichere Stockwerk verlegt und so zum aktiven Mitarbeiten angeleitet wurden. Das alles geschah in einer Zeit, in der Aktivierungsbehandlungen für diese Patienten in weiten Teilen der Medizin als Teufelswerk galten, als die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger oft nur durch die Kraft des Faktischen und enorme Vorleistungen von uns überzeugt werden konnten.

Der Erfolg, den wir mit diesen Regelbrüchen erzielten (gemeint ist damit natürlich nicht die Infragestellung des Rechtsstaats, sondern der Angriff auf unfaire Behinderungen und Gewohnheiten), ermunterte uns geradezu zu weiteren Regelbrüchen in anderen Arbeitsfeldern der medizinischen Versorgung, in denen wir enorme Leistungsdefizite erkannten. So bauten wir 1984 auf der „Grünen Wiese“ mit privaten Mitteln und ohne jegliche staatliche Förderung für Gebäude und Ausstattung die private Herz- und Gefäßklinik in Bad Neustadt – ein Projekt, für das man uns anfangs nur belächelte und dem man sowieso das baldige Ende prophezeite. Mit der Herz- und Gefäßklinik haben wir – durchaus Aufsehen erregend – gegen die Regel „Spitzenmedizin gehört an die Universität“ verstoßen und die Krankenhausplanung radikal verändert, indem wir erneut das Flussprinzip zur Anwendung brachten. Dieses Prinzip, das wir 1995 auch auf unsere Allgemeinklinik im benachbarten Meiningen (Thüringen) übertrugen, fand später viele „Nacherfinder“, die aber den wahren Kern dieses Konzepts oft nicht wirklich verstanden oder schlecht umsetzten.

## 2.5 Das Flussprinzip im Krankenhaus

Das Flussprinzip ist nichts anderes als die Beschreibung des optimalen Weges des Patienten vom kranken in einen höherwertigen Gesundheitszustand und umfasst demzufolge sämtliche Stufen von Low Care/Tagesklinik (gehfähig und orientiert) über Intermediate Care (bettlägerig, pflegebedürftig und permanent überwachungspflichtig) bis zu Höchstintensiv (nicht selbstständig atmefähig). Auf jeder Stufe der Betreuungsintensität bleibt der Patient nur so lange, wie er diese Betreuung auch wirklich braucht. Einen ehemaligen Intensivpatienten auf der Intensivstation zu lassen, obwohl er nur noch beobachtet werden muss, ist Ressourcenverschwendung; stattdessen verlegen wir ihn auf eine Station, auf der er vielleicht schon selber am Tisch sitzen und essen kann und nicht mehr ständig Pflegekräfte um sich herum braucht. Das Teure im Krankenhaus ist oftmals nicht die eigentliche medizinische Behandlung, sondern das „Drumherum“ aus personellen und technischen Vorhaltungen, die nicht genutzt werden. Zudem verkürzen wir alle Wege bei der Betreuung rigoros, indem solche Bereiche und Abteilungen nebeneinander eingerichtet werden, die häufig miteinander zu tun haben. So werden Engpässe, insbesondere jene in den Intensivabteilungen, beseitigt, die jeweilige Arbeit am und mit dem Patienten wird nur dort geleistet, wo die besten Voraussetzungen dafür bestehen. In unseren Augen gibt es nichts Schlimmeres, als einen Patienten am falschen Ort mit den falschen Gerätschaften zu behandeln: Im OP wird der Patient operiert, auf der Intensivstation wird er beatmet, und in der Low-Care-Station wieder für das Leben außerhalb des Krankenhauses vorbereitet. Deshalb liegt in den Häusern der Rhön-Klinikum AG der Anteil der Intensivbetten etwa drei- bis fünfmal höher als in anderen Krankenhäusern; sind die Intensivstationen zu klein dimensioniert, ist die Folge oft teure und schlechte Improvisation. Der gleichen Philosophie, nur mit Zielrichtung auf gering pflegebedürftige Patienten, folgen unsere Konzepte in den Low-Care-Stationen. Das Flussprinzip macht also aus der qualitativen Entwicklung der Patienten in Richtung „gesünder“ oder „kranker“ eine quantitative Bewegung, die an jeder einzelnen Verweilstation gemessen werden kann. Auf der Kostenseite führt diese Praxis je nach dem Grad der Verwirklichung regelmäßig zu Einsparungen von 20 bis 35 Prozent gegenüber dem Branchendurchschnitt.

## 2.6 Diagnose vor Therapie

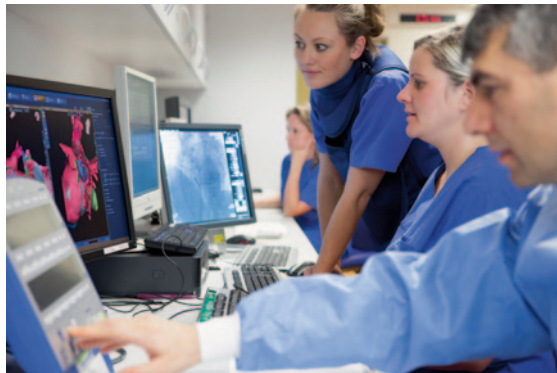
Das angewandte Flussprinzip sichert zwar optimale Qualität und Rationalität im *einzelnen* Krankenhaus, nicht jedoch im *Gesamtsystem* Gesundheitswesen. Dort gibt es immer noch die große Schwachstelle Fehlbelegung, die durch unqualifizierte Aufnahme und unqualifizierte Zuweisung zur Über-, Unter- oder Fehlversorgung von Patienten führt und damit zu teilweise erheblichen medizinisch-qualitativen und wirtschaftlichen Nachteilen. Das heutige Krankenhaus folgt leider zu selten dem Grundsatz „Diagnose vor Therapie“; das bedeutet, dass die eigentliche Kompetenz des Hauses erst an den Patienten kommt, wenn er sich bereits mitten im Leistungsprozess befindet. Und häufig beginnt der Diagnoseprozess nicht mit dem medizinisch Sinnvollen, sondern handelt sich vom Billigsten zum Teuersten. Dieses stereotype Verhalten führt zu immensen Ressourcenverschleuderungen und oft auch zu Fehldiagnosen. An verschiedenen Stellen im Rhön-Klinikum-Konzern arbeiten wir deshalb zum Teil schon seit vielen Jahren an neuen Konzepten, um die ambulante und die stationäre Versorgung nachhaltig zu verzahnen und so Fehlbelegungen zu vermeiden. Kernidee dieser Konzepte ist es, die Patienten je nach Schweregrad entweder in der ambulant-stationären Grund- und Regelversorgung oder in der Schwerpunkt- und Maximalversorgung aufzunehmen:

Die ambulant-stationäre Grund- und Regelversorgung ist in unserem Ansatz eine Verbundversorgung aus Portalkliniken und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Die Ärzte dort sind nicht mehr notwendigerweise unsere eigenen Angestellten, sondern können ihren Kassenarztsitz in eine Beteiligung an der lokalen Einrichtung umwandeln. Die MVZ, die der Gesetzgeber seit Anfang 2004 erlaubt – wovon die Rhön-Klinikum AG unter anderem in Friedrichsroda und in Waltershausen Gebrauch gemacht hat – vereinen mehrere medizinische Fachdisziplinen unter einem Dach und gewährleisten dadurch eine fachübergreifende qualifizierte Diagnostik. Doppeluntersuchungen und unnötige Wartezeiten wegen eines zusätzlichen Facharztbesuches werden so vermieden oder minimiert. Durch die Anbindung an ein örtliches Krankenhaus werden die Patientenwege noch einmal deutlich kürzer.

In großen Krankenhäusern mit Schwerpunkt- und Maximalversorgung, die über eine ausreichende Zahl von Fachbereichen verfügen, kann sich das Diagnosezentrum aus den vorhandenen Disziplinen rekrutieren; gegebenenfalls wird es um einige wenige niedergelassene Ärzte in den Randdisziplinen ergänzt. Durch dieses interdisziplinäre Diagnostikum gleich zu Beginn des Prozesses wird der Patient der richtigen Versorgungseinheit zugeordnet und erspart sich – und der Klinik – unnötige (Doppel-)Untersuchungen und überflüssigen Pflegeaufwand. Ein solches Diagnostikum ist Basisstation für die Arbeitsvorbereitung, die Qualitätssteuerung

und das Controlling der patienten- und prozessorientierten Betriebsführung. Als zentrale Datensammelstelle und Informationspool ermöglicht es fundierte Hochrechnungen über zukünftige Auslastungen und erlaubt ein effizienteres Leerkostenmanagement. Seine horizontal angelegte Teamstruktur bricht herkömmliche Hierarchien auf und forciert die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Damit wird ein neuer Weg zu einer offenen Allianz der Leistungsträger eröffnet. Und damit gehört auch der bedauerliche Regelfall der Vergangenheit an, bei dem der Patient in der Diagnostikphase seinen Hausarzt oder einen nach Daumen und Nase ausgesuchten Facharzt aufsucht und dann an jener Stelle landet, an der die geringste Kompetenz für die Komplexität des Systems besteht. Immer noch werden viel zu häufig „laute“ Leichtpatienten in die nächste Universitätsklinik eingewiesen oder besonders komplexe Krankheitsbilder nicht erkannt und am falschen Platz weiterbehandelt – beides mit enormen negativen Konsequenzen für den Patienten sowie für das gesamte System.

**Abb. 5** Teamarbeit im Herzkatheterlabor, Klinikum Frankfurt (Oder)



Ein wichtiger Bestandteil dieses Konzepts sind unsere Betreuungsärzte, die den Patienten im wahrsten Sinne des Wortes „an die Hand“ nehmen und durchgängig im System begleiten: Sie klären über Optionen und Risiken auf, stellen den Patienten bei Bedarf Fachärzten vor oder leiten die diagnostischen Maßnahmen ein; nach Rücksprache mit dem Patienten holen sie auch externe Kompetenz ein; bei Bedarf organisieren sie die Weiterleitung des Patienten in die Schwerpunkt-einrichtung; nach erfolgreicher Behandlung im Schwerpunktbereich organisieren sie Nachbehandlungen, Hausbesuche oder Rehabilitation. Die Betreuungsärzte erfüllen die ärztlich-menschliche Funktion, die umso notwendiger ist, je höher der Rationalisierungsgrad des Systems steigt. Die neue arbeitsteilige Medizin darf auf diese kompetente, menschlich-fachliche Klammer nicht mehr verzichten.

## 2.7 Das Ende der Krankenhausmanufaktur

Mit der Einführung des Flussprinzips und der Installierung interdisziplinärer Diagnostikzentren in den Krankenhäusern des Rhön-Klinikum Konzerns haben wir nicht einfach nur Neuerungen im Sinne von Prozess- und Optimierungen etabliert. Vielmehr haben wir ganz bewusst eherne Regeln verletzt und Tabus gebrochen, weil wir davon überzeugt sind, nur durch solche Radikalität einer Lösung der drängenden Probleme im Gesundheitswesen näherzukommen. Es handelt sich um die bekannte „schöpferische Zerstörung“, wie sie auch Joseph Schumpeter als Voraussetzung für jede qualitative ökonomische Entwicklung beschrieben hat; in der Rhön-Klinikum AG stellten und stellen wir uns immer wieder aufs Neue die Frage: „Muss das, was ich sehe, so sein wie es ist, oder ist es nur so, weil es Nutznießer gibt, die es so erscheinen lassen?“

Eine andere Regelverletzung bestand sicher darin, dass wir in der Vergangenheit weitgehend auf Zuschüsse der öffentlichen Hand für den Bau von Krankenhäusern verzichtet und uns so neue Handlungsspielräume geschaffen haben, weil wir damit den Einfluss der staatlichen Stellen auf unsere Vorhaben begrenzen konnten. Eine weitere Regelverletzung war, dass wir das Krankenhaus in seiner bis dato gültigen Konstruktion als vorindustrielle Manufaktur auflösten und damit auch das traditionelle Berufsbild des Arztes dekonstruierten. Betrachtet man das Krankenhaus alter Prägung, stellt es sich als ein Ort dar, an dem Ärzte in der Manier von „Künstlerhandwerkern“ eine Art Haufenorganisation entlang der verschiedenen Organ- und Krankheitsbilder bilden, jeweils mit festen hierarchischen Strukturen um sich herum, aus denen heraus ihnen mehr oder weniger blind zugearbeitet wird. Aber die enormen Handlungsfreiräume der leitenden Ärzte führen immer wieder dazu, dass sie Dinge tun, die sie zu selten tun, um sie professionell ausüben zu können; es ist keine übertriebene Zuspitzung, wenn man formuliert, dass Ärzte in diesen Situationen improvisieren. Der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach, selbst Mediziner, Gesundheitsökonom und langjähriges Mitglied unseres Aufsichtsrats, hat unlängst kritisiert: „Unser Hauptproblem ist, dass in den Krankenhäusern fast jeder Fall so behandelt wird, dass man sagen kann: Es wird improvisiert.“ Ursache dafür sind zum Beispiel fehlende Checklisten zur Ausstattung im OP vor dem Eingriff, mangelnde Orientierung an Standard-Behandlungsschritten und Schwächen in der Organisation. Nur so ist zu erklären, dass es in Deutschland Krankenhäuser gibt, deren Mortalitätsraten bei vergleichbaren Eingriffen zwischen 0,8 und mehr als zehn Prozent variieren. Das heißt weiter, dass nicht nur der verstorbene Patient – die Formulierung sei mir verziehen – möglicherweise Ergebnis einer mangelnden Qualität ist, sondern dass in dem betreffenden Krankenhaus vermutlich auch die Qualitätskurven anderer Patienten mit anderen Eingriffen schlechter sind. Zwei-

fellos ist jede Qualitätsminderleistung zuerst für den Patienten ein Problem, aber natürlich auch für das Krankenhaus selbst, weil jeder Fehler durch erhöhten, und eben oft improvisierten Aufwand ausgebügelt werden muss. Ein weiteres Problem des „alten“ Krankenhauses ist, dass es dem Patienten nur zwei Hospitationsstufen anbietet, nämlich die Operations- einschließlich der Intensivenebene sowie die Normalstation. Damit ist der Vielfältigkeit eines Patientenzustandes aus meiner Sicht unmöglich Genüge zu leisten.

Noch alarmierender wird der Befund, wenn man sich bewusst macht, welche Mengenzuwächse die Kliniken mit diesen überkommenen Strukturen in Zukunft „bewältigen“ sollen. Im Vergleich zum Jahr 1910 haben wir schätzungsweise eine Verzehnfachung der Patientenzahlen und eine vielleicht tausendfache Vermehrung und Ausdifferenzierung ärztlicher Einzelleistungen; die Struktur der Leistungserbringung ist aber im Wesentlichen dieselbe wie vor vielen Jahrzehnten. Auf den Mengenzuwachs – zum Beispiel weil immer mehr ältere Menschen nach einer neuen künstlichen Hüfte oder künstlichen Knien verlangen – reagieren diese Strukturen wie immer, nämlich mit einer Stärkung des betroffenen Einzelsegments, das dadurch noch mehr an Autarkie gewinnt. So entstehen autonome Kliniken im Klinikum mit immer mehr Leistungsvorhaltung und Leistungserbringung an Stellen, die dafür nur bedingt geeignet sind. Und weil damit automatisch Besitzstands- bildung einhergeht, finden strategisch-organisatorische Veränderungen zur Anpassung an die neue Lage nur völlig unzureichend statt: Die interdisziplinären Anforderungen des Gesamtsystems werden nicht erfüllt, die Krankenhäuser (und ebenso ihre Ausbildungsstellen, die Universitäten) bleiben in der Entwicklung arbeitsteiliger Prozesse zurück. Die Folge sind enorm teure Reibungsverluste zwischen den Leistungsclustern. Mit einem Satz: Das System ist seiner Aufgabe nicht mehr gewachsen, die Massennachfrage nach hochwertigen und bezahlbaren Gesundheitsdienstleistungen flächendeckend zu bedienen.

Das „Krankenhaus der Zukunft“ nach unserem Konzept löst beides – die verkrusteten Strukturen der unproduktiven Haufenorganisation sowie die Engpässe der unzureichenden Zweistufigkeit der Hospitation. Es ersetzt die Orientierung an den ärztlichen „Künstlerhandwerkern“ durch die konsequente Ausrichtung der Ablauforganisation am Patientennutzen: An jedem beliebigen Punkt des Patientenverlaufs stehen exakt diejenigen Leistungen in höchster Professionalität zur Verfügung, die der Kranke in seinem jeweils aktuellen Zustand benötigt; aus den Leistungsclustern, die bisher wie Burgen organisiert waren, sind Leistungsstraßen geworden, die mit den benachbarten Disziplinen kooperieren und von ihnen lernen.

## 2.8 Das Ende des ärztlichen Berufsbilds

Es liegt auf der Hand, dass angesichts solcher Veränderungen auch das traditionelle Berufsbild des Arztes nicht weiter bestehen kann. Man muss sich nur das gewandelte Bild des ersten Arztes vergegenwärtigen, der als Helfer in einem Hospiz unter der Leitung einer Oberin arbeitete, und der sich dann – mit ständig steigenden Anforderungen an Spezialwissen und Fertigkeiten – zur medizinischen Koryphäe entwickelte, ausgestattet mit jener enormen Machtfülle, wie sie ein Rudolf Virchow und andere Persönlichkeiten verkörperten. Durch ihren Stand waren Ärzte – sie verwendeten dabei wie die Kirche die Herrschaftssprache Latein – in einer quasi absolutistischen Position gegenüber den Patienten. Doch jetzt steht nicht weniger an als der Wandel vom „Künstlerhandwerker“ und vom „Priester des Systems“, der nahezu frei nach eigener Eingebung schalten und walten konnte, zum dienenden Massenversorger. Das Wort vom „Massenversorger“ mag manche erschrecken. Kritiker halten uns vor, die Anwendung des Flussprinzips und anderer Konzepte, die aus der Industrie stammen, sei Fordismus im Krankenhaus und deshalb abzulehnen. Doch daran ist in Wahrheit nichts Erschreckendes, wenn man die Industrialisierung im Krankenhaus als eine Dienstleistung versteht, die alle Stufen von der handwerklich gestalteten und zusammengefügt Einzeleistung bis hin zum vielfältig strukturierten, hoch rationalisierten und automatisierten Prozess umfasst.

Nach 40 Jahren Erfahrung im Gesundheitssystem bin ich mehr denn je der Überzeugung, dass eine alternde Gesellschaft sich eine gute medizinische Versorgung nur noch über die Industrialisierung der Medizin leisten kann. Denn es ist genau dieser Fordismus, der zu optimierter Patientenorientierung und deutlich besseren medizinischen Ergebnissen führt. Auch mit der Fließbandproduktion von Pkws werden heute sehr individuell gefertigte Fahrzeuge erstellt – zum Vorteil des Kunden. Durch die erhöhte Anzahl von Schnittpunkten – das sind die so genannten Patientenübergabestellen – wird quasi automatisch eine permanente, systemimmanente Qualitätskontrolle angeregt: Jeder Mitarbeiter, der in das Flusskonzept eingebunden ist, reagiert, wenn er vor ihm liegende Schlechtleistung übernehmen soll und sorgt durch entsprechende Kommunikation für Abhilfe; die Frage, weshalb ein Patient in diesem und nicht einem anderen Zustand an den Kollegen übergeben wird, wird zur ständigen Aufforderung, die Leistung im realen Arbeitsprozess gemeinsam zu optimieren, anstatt durch Improvisation einen suboptimalen Ausweg zu suchen oder sogar Minderqualität zu verschleiern. Die interdisziplinären Strukturen des Flussprinzips lassen auf diese Weise ein sich selbst steuerndes Qualitätsmodell entstehen.



In diesen neuen arbeitsteiligen Strukturen, die mit einem synchronisierten Räderwerk vergleichbar sind, wird sich das Berufsbild des Arztes aufspalten. Es wird weiterhin – und immer mehr – der hochspezialisierten Ärzte bedürfen, ohne die moderne Medizin überhaupt nicht denkbar ist; sie werden ihre Kunst – und nur diese – an einem oder mehreren Plätzen ausüben. Daneben wird es Ärzte geben, die nicht mehr direkt am Patienten tätig sind, sondern als Betriebs- und Funktionalverantwortliche für den reibungslosen Lauf der hochkomplexen medizinischen Systeme sorgen; sie werden sicherstellen, dass zum Beispiel die elektronische Patientenakte den richtigen Einblick gibt und die notwendigen Antworten liefert, beispielsweise bei Hygienevorfällen/-verstößen. Und es wird den bereits beschriebenen „Betreuungs- und Compliance-Arzt“ geben, wie wir ihn in der Rhön-Klinikum AG teilweise schon haben; er betreut seine Patienten mit Leib und Seele, ist ihr persönlicher „Agent“ im Verhältnis zum mächtigen System Krankenhaus; er ist ein mit besonderer Kommunikations- und Empathiefähigkeit ausgestatteter Arzt, der dem Patienten übersetzt, was in diesem hochtechnisierten und hochspezialisierten Medizinbetrieb mit ihm geschieht oder geschehen soll.

Netzwerkmedizin

Ein unternehmerisches Konzept für die altersdominierte  
Gesundheitsversorgung

Münch, E.; Scheytt, S.

2014, XI, 85 S. 14 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-658-04456-5