

Bankrotttes Krankenhaus, demonstrierende Krankenhausärzte*: „Unsere Leistung ist anstrengend, unsere Zukunft ungesichert“

GESELLSCHAFT

KRANKENHÄUSER

Die im Elend

(siehe Titelbild)

Eine Weile saß die Schwangere auf einer Holzbank im Flur. Später durfte sie auf einem Stuhl in einer Art Abstellkammer warten. Von nebenan hörte sie das Stöhnen und Schreien der Frau, die vor ihr in den Kreißsaal der Universitätsklinik gekommen war.

Dann wurde sie gerufen. Die Hebamme half ihr auf den Tisch. Sie mußte Fragen beantworten, während sie abgetastet wurde. Einige Male, wenn der schmerzende Krampf in ihrem Leib nachließ, versuchte sie ein Gespräch zu beginnen. Aber die Hebamme blieb mürrisch, demonstrativ müde. Am frühen Morgen, bei Schichtwechsel, wurde sie abgelöst.

Plötzlich ging es sehr schnell. Zwischen zwei Preßwehen sagte die Gebärende, sie brauchte einen Arzt, sie müßte wohl geschnitten werden wie beim ersten Kind. Die Hebamme telefonierte mehrmals. Ein Arzt kam, übernächtigt, eben noch rechtzeitig; er schien sehr jung und unerfahren zu sein (Tage später wurde an Komplikationen offenbar, daß er den Dammschnitt nicht beherrschte und daß er ein Stück der Nachgeburt vergessen hatte). So wurde ein Mensch geboren.

▷ Mehr als 900 000 Kinder beginnen jedes Jahr ihr Leben in einem westdeutschen Krankenhaus. Neun von zehn Babys kommen dort zur Welt.

Der sechzigjährige Mann, berichtet die Nachschwester eines konfessionellen Krankenhauses, war im asthmatischen Anfall eingeliefert worden. Statt eines atemlösenden Medika-

ments, wie bei früheren Behandlungen, bekam er diesmal auf Verordnung eines jungen Assistenzarztes ein Schlafmittel.

Es verstärkte noch den Anfall von Atemnot — eine bei vielen Asthmatikern typische Reaktion. Die Schwestern schoben den Patienten aus dem 20-Betten-Saal in ein kleines Zimmer und versahen sein Bett seitwärts mit Gittern. Mit stärkeren Beruhigungsspritzen wurde der von Angstzuständen Gepeinigste schließlich zum Liegen gebracht.

Erst die Nachschwester verschaffte ihm Erleichterung. Entgegen der Anordnung des Arztes spritzte sie ein Asthma-Präparat. Der Patient atmete freier und schlief ein. Zwei Wochen ging es so weiter: Tagsüber wurde der Mann nach ärztlicher Anweisung mit

Medikamenten ruhig gehalten, nachts versorgte ihn die Schwester mit Asthmamitteln. Dann wechselte die Nachtwache. Drei Tage später erstickte der Patient. So starb ein Mensch.

▷ Etwa 350 000 Menschen beenden jedes Jahr ihr Leben in einem westdeutschen Krankenhaus. Jeder zweite Bundesbürger stirbt dort.

Zwischen Geburt und Tod müssen sich in der Bundesrepublik jährlich neun Millionen Menschen — jeder siebente Bundesbürger — in einem Krankenhaus behandeln lassen. Jeder Kranke liegt durchschnittlich 19 Tage lang in einem Klinikbett. Insgesamt leisteten die westdeutschen Krankenhäuser im vergangenen Jahr 218 Millionen Pflorgetage.

Pflegen, das ist Samariter-Tradition. „Für Jahrhunderte“, so formulierte es



Aufenthaltsraum, Notbetten auf dem Flur, Sterbezimmer

* Links: Eitorf im Siegbreis; rechts: auf dem Münchner Königplatz (April 1970).

der Heidelberger Medizinhistoriker Professor Heinrich Schipperges, war das Spital „eine Herberge derer im Elende... ein Haus der Gäste Gottes eben, die da sind: die Kranken und Armen und Schwachen, die Blinden und Krüppel und Waisen, die Bettler und Pilger, die Verfolgten und die Irren“.

Die Aufgabe der Krankenhäuser ist naturgemäß so schwer, daß selbst demütig Dienstwillige verzagen könnten. „Die Kranken“, erklärte der Philosoph Friedrich Nietzsche, „verbreiten Sorge, Mißmut, produzieren nicht, zehren den Ertrag anderer auf, brauchen Wärter, Ärzte, Unterhaltung und leben von der Zeit und den Kräften der Gesunden.“

Nun aber müssen die Kliniken auch noch der rapiden medizinisch-technischen Entwicklung folgen, sollen die Krankenhäuser für sozialen Fortschritt rüsten. Bundesgesundheitsministerin Käte Strobel: „Für jeden Bundesbürger muß, unabhängig von seiner wirtschaftlichen Lage und seinem Wohnort, im Bedarfsfall die für seinen speziellen Fall notwendige Krankenhausbehandlung erreichbar sein.“

Aber das bundesdeutsche Krankenhaus — diese Diagnose stellen Ärzte wie Schwestern und Patienten, Verwaltungsbeamte, Politiker und Journalisten seit einem Jahrzehnt — ist selber krank.

Daß die reiche Bundesrepublik für ihre Bürger im Elende übel vorgesorgt hat, daß Kinder unter kläglichen Umständen geboren, viele Kranke nur eben verarztet, nicht versorgt werden, daß in der Klinik zu sterben oft ein erbärmlicher Tod ist — diese Misere wird nun allwärts offenbar. So lautete das Motto auf dem letzten Deutschen Krankenhaustag in Düsseldorf: „Krankenhauselend in der Wohlstandsgesellschaft.“

Weil sie bis zu 70 Überstunden in der Woche ohne Entgelt leisten mußten, gingen Ende letzten Jahres Assistenzärzte in Nordrhein-Westfalen in den

Ausstand und auf die Straße. Streik schien im Februar auch 400 angestellten und beamteten Hamburger Hochschülärzten angemessen, um mehr Rechte, mehr Geld und die 43-Stunden-Woche zu erkämpfen. Im April fanden sich etwa tausend bayrische Assistenten auf dem Münchner Königsplatz zu einem „Tag gemeinsamen Freizeitausgleichs“ ein.

Die Nöte des Pflegepersonals, vor denen die Kranken kaum abgeschirmt werden können, sind mit Gotteslohn nicht mehr zu lindern. „Ich sah schon Schwestern auf den Stationen“, bekannte Oberin Ingeborg Hoffstadt vom Hamburger Krankenhaus St. Georg, „die geheult haben, weil sie einfach nicht mehr konnten.“

Während der Urlaubszeit und in den Grippemonaten müssen jeden Sommer und Winter wegen Schwesternmangels Klinikbetten unbelegt bleiben, werden ganze Stationen geschlossen — die Zahl weiß keine Gesundheitsbehörde. Dennoch belastet jede Kündigung einer Schwester, wie der Bonner Chef-Chirurg Professor Alfred Gütegemann befand, „die Zurückbleibenden körperlich wie psychisch über die Grenzen der Zumutbarkeit“. Intensivpflege von Frischoperierten und Schwerkranken war in der Bonner Chirurgie zeitweilig „unmöglich“, das Operationsprogramm „auf die dringenden Erfordernisse reduziert“.

In den Bielefelder Krankenanstalten half wochenlang am OP-Besteckstisch eine Putzfrau aus. „Acht Stunden Putzarbeit — für den Patienten keine Zeit“ meldeten wiederum examinierte Hamburger Krankenschwestern; sie gingen mit solchen Protest-Parolen bis in die Bürgerschaft der Hansestadt.

Für den „Anerkennungspreis“ von einer Mark offerierte die Gemeinde Eitorf ihr Krankenhaus dem Siegkreis; es war den 15 000 Einwohnern zu teuer geworden (jährlicher Zuschuß: eine halbe Million Mark). Später boten die

Gemeindeväter das gutausgerüstete Haus und als Dreingabe ein neues Schwesternwohnheim öffentlich als Geschenk an. Die Eitorfer haben ihr Krankenhaus noch immer.

Das Laser-Schweißgerät, das die schadhafte Augennetzhaut flickt; die Kältesonde, die kranke Hirnregionen vereist; Ultraschalldetektoren, die Gefahren für das Kind im Bauch der Mutter aufzeigen; Diagnose-Computer und Kunstnieren, Transplantations-Ausrüstungen und Wiederbelebungs-Arsenale — solche Errungenschaften moderner Medizin-Technik sind fürs erste nur in wenigen westdeutschen Medizinzentren anzutreffen.

Wohl steht in manchem Landkrankenhaus manch teures Gerät, wenn der Chefarzt in seinem Fach noch ehrgeizig ist; benutzen kann er es dann freilich nur gelegentlich. Die Masse der Kliniken hingegen ist allenfalls für Routinefälle eingerichtet. Das Dilemma ist, daß viele Patienten keine Routinefälle sind.

Jedes Jahr erleiden im Bundesgebiet etwa 30 000 Menschen Kopfverletzungen. Aber nur zehn bis 15 Prozent der Verunglückten mit schweren Hirnschäden, so ermittelte die Gesellschaft für Neurochirurgie, werden in Spezialabteilungen hinreichend versorgt. Bei richtiger Diagnose und rechtzeitiger Behandlung hätten, wie ein Gutachten dieser ärztlichen Fachvereinigung ergab, 15 Prozent der gestorbenen Unfallopfer überleben können.

Patienten mit Augenerkrankungen wie dem grauen Star müssen beispielsweise in Hannover bis zu anderthalb Jahre auf eine Operation warten. Patienten mit Augenverlet-



in westdeutschen Kliniken: „Wenn wir nicht dauernd improvisierten, ginge der Laden überhaupt nicht mehr“

zungen werden häufig in der Universitäts- und Landeshauptstadt entweder nach Göttingen, Braunschweig oder Hamburg geschickt oder — so ein Facharzt — „mit schlechtem Gewissen ambuliert behandelt“.

Wer chronisch nierenkrank wird, hat geringe Chancen, bei einer Art Todeslotterie zu gewinnen: In der Bundesrepublik ist nur für jeden vierten oder fünften Patienten ein Platz an einer künstlichen Niere bereit. Und je Million Einwohner werden in Westdeutschland erst vier Nieren verpflanzt (in Schweden 43) — dazu mit wenig Erfolg. Nach einem Jahr ist nur noch jedes vierte der transplantierten Organe funktionstüchtig; nach Weltstandard müßte es jedes zweite sein.

„Das für jede Behandlung unerlässliche Vertrauensverhältnis des Patienten zu seinem Arzt“, deklamierten jüngst die Berufsverbände der Chirurgen und der Anästhesisten, werde durch „Sensationsberichte über Narkosezwischenfälle“ beeinträchtigt. In der Erklärung war aber auch nachzulesen, daß solches Vertrauen oft gar nicht erst entstehen kann, weil die Zahl der Narkose-Fachärzte, die am ehesten tödliche Risiken erkennen und abwenden würden, „noch nicht“ ausreichend. Mithin müssen weiterhin Schwestern und Pfleger die Patienten betäuben, so gut sie es können.

Kranke, die nicht ersichtlich in Lebensgefahr schweben, scheitern oft schon an der Klinikpforte. In den Krankenhäusern vieler Städte sind Notbetten aufgeschlagen, Flure und Badezimmer belegt. Trotzdem müssen, wie jeden Winter etwa in München, Patienten aus der weiteren Umgebung abgewiesen und auch Ortsansässige mit Überweisungsschein einer Dringlichkeitsauslese unterzogen werden.

Für die Architektur jeder dritten Klinik kann das Hamburger Hafenkrankehaus als typisch gelten. Dieser „Hauptverbandsplatz unrühmlicher Schlachten auf dem Felde des Plästers“ („Christ und Welt“) ist ein Labyrinth von Uralt-, Alt-, Um- und Neubauten mit Schlupfwinkellabors und weitläufigen Krankensälen. Erst Presse-Proteste bewirkten, daß die Säle mit spanischen Wänden wie Pferdekojen unterteilt wurden — und daß der Komplex demnächst abgerissen werden soll.

Die Bundesrepublik, in der beispielsweise für alkoholische Getränke so viel wie für die Verteidigung — rund 20 Milliarden Mark im Jahr — ausgegeben wird, hat ihre Hospitäler darben und zum Teil finanziell verkommen lassen. Das bundesdeutsche Krankenhaus, ein Dienstleistungszweig mit einer halben Million Beschäftigten, mit einem Sachwert von etwa 50 Milliarden, einem Jahresumsatz von zehn Milliarden Mark, ist praktisch von Gesetzes wegen ein Pleite-Betrieb.

Nach den gültigen Pflegesatzverordnungen können die Kliniken ihre Leistungen weder sich voll bezahlen lassen noch anderweitig Soll und Haben ausgleichen. Sie erwirtschaften

deshalb — wie die sogenannte Krankenhaus-Enquete, eine Bestandsaufnahme der Bundesregierung, im vorigen Jahr ergab — alljährlich ein Defizit von zwei Milliarden Mark.

Als erste Bundesregierung hat nun das Kabinett Brandt sich vorgenommen, Bestand und Modernisierung der Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern — in der Hoffnung, damit zugleich ihre Struktur zu verbessern.

Im Mai 1969 hatte sich der Bund durch Grundgesetzänderung erstmals Zuständigkeit für die Krankenhausfinanzierung verschafft. Im Oktober dieses Jahres nun veröffentlichte das Bundesgesundheitsministerium den Entwurf für ein Krankenhaus-Finanzierungsgesetz, das Mitte dieses Monats dem Kabinett vorgelegt werden soll.

Erstmals sollen damit Planung und Bereitstellung von Krankenhäusern — ähnlich wie Straßenbau und Bil-

rien, nach denen „ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser“ begünstigt werden soll:

- ▷ Bedarf — die Erläuterungen zu dem Gesetzentwurf stellen fest, die Zahl der gegenwärtig vorhandenen Krankenhausbetten reiche aus; die Bonner Zuwendungen sollen mithin vor allem dazu verwendet werden, die zugehörige Einrichtung zu modernisieren und den überalterten Bestand zu ersetzen.
- ▷ Gliederung — es sollen generell nur Kliniken gefördert werden, die in die Krankenhausplanung der Länder aufgenommen worden sind.
- ▷ Leistungsfähigkeit — Zwergkliniken mit weniger als 100 Betten, die nicht in die Länderplanung aufgenommen werden, sollen von Bundesmitteln nicht profitieren, son-



Notaufnahme-Station: Meist nur für Routinefälle eingerichtet

dungswesen — als öffentliche Aufgabe definiert werden. Dementsprechend sind in dem Gesetzentwurf die Krankenhauskosten aufgliedert nach

- ▷ Investitionskosten (für Bau, Einrichtung und Instandhaltung sowie für Zinsen und Tilgung von Darlehen), die künftig von Bund (ein Drittel) und Ländern (zwei Drittel) übernommen werden sollen, und
- ▷ Benutzungskosten (für Behandlung, Pflege und Unterbringung), die künftig im Pflegesatz voll an gerechnet, also vom Patienten oder seiner Kasse bezahlt werden sollen. (Eine Neuregelung der Pflegesätze ist ebenfalls vorgesehen.)

Nach den Vorstellungen der Ministerin sollen nach diesem Plan den Krankenhäusern jährlich mehr als 600 Millionen, bis Ende 1974 insgesamt fast 2,3 Milliarden Mark Investitionsmittel verfügbar sein — darüber hinaus entsprechende Anteile der Bundesländer.

Geschenkt wird gleichwohl nichts. Der Strobel-Entwurf nennt für die Bundes-Zuschüsse drei wichtige Krite-

rien, nach denen nur die besser ausgerüsteten Großkrankenhäuser.

15 Prozent der Bonner Zuschüsse sollen für — bislang spärliche — regionale Schwerpunkt-Projekte und besonders aufwendige Modellvorhaben, 0,25 bis 0,50 Prozent für die — vorerst kaum begonnene — Erforschung der Rationalisierung von Bau, Organisation und Betrieb von Krankenhäusern aufgewendet werden.

Die meisten am Krankenhaus beteiligten Gruppen — Eigentümer (vor allem Gemeinden, gemeinnützige Vereinigungen und private Träger), leitende Ärzte, Sozial- und Gesundheitspolitiker und auch etliche Parteistategen — haben zwar über die traditionelle Misere der Krankenhäuser lautstark lamentiert, wengleich sie von ihnen mitverschuldet ist. Aber die Zielrichtung der Bonner Reformvorschläge paßt ihnen erst recht nicht.

„Verstaatlichung auf kaltem Wege“, zeterte der „Bayernkurier“. Und der bayrische CSU-Innenminister Bruno Merk warf der Regierung vor, der Bund wolle „über eine unzulängliche

Beteiligung an den Kosten in die Planungshoheit der Länder eingreifen“.

Altgewohnte Selbständigkeit möchten auch die Krankenhaus-Träger, zumal die Eigner der gemeinnützigen, meist konfessionellen Anstalten und der Privatkliniken, bewahren. Sie wollen zwar auf ihre Kosten kommen, scheuen aber, was das „Berliner Ärzteblatt“ knapp so umschrieb: „Wer zahlt, schafft an.“

Ihr Wortführer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, beschwor die Schrecken einer Sozialisierung — der Strobel-Entwurf sei der Ansatz für staatliche „Planwirtschaft“. Und der Katholische Krankenhaus-Verband, der auch viele alte und kleine, meist weniger leistungsfähige Kliniken vertritt, will beim Kampf gegen die geplante Neuregelung bis vor das Verfassungsgericht gehen. Caritas-Sprecher Pater Bernhard Rührer: „Uns

die gewohnten Schutzzäune, die ihre Kranken-Märkte sichern.

Wenn etwa den Krankenhäusern eine ambulante Vor- und Nachbehandlung der Patienten erlaubt würde, könnten sie mit den niedergelassenen Ärzten konkurrieren. Und wenn, wie in dem Strobel-Papier vorgeschlagen, die Pflegesätze für Kassen- wie Privatpatienten „nach einheitlichen Grundsätzen“ bemessen würden, könnten die Nebeneinnahmen der Chefärzte geschmälert werden. „Deutsches Ärzteblatt“: „Dies kann nichts anderes bedeuten als Einheitspflegesätze in einem klassenlosen Krankenhaus in des Wortes radikalster Bedeutung.“

Kurzum, der Versuch der SPD/FDP-Koalition, das westdeutsche Krankenhaussystem zu sanieren, geriet unter Pressionen vielfach verfilzter und un-

Eigentum einer Kirchengemeinde, eines Ordens oder einer anderen religiösen Gemeinschaft, einer Stiftung oder eines Vereins — oder in einer Privatklinik. Gut ein Drittel der Krankenanstalten mit 55 Prozent der Betten werden von Ländern, Kreisen und Gemeinden getragen.

Dieser Wirrwarr hat historische Ursachen. Zwar sind wichtige Gemeinschaftsaufgaben wie Schule, Post und Feuerwehr, Anlage der Straßennetze und Verwaltung der Friedhöfe seit langem gesetzlich reglementiert. Eine Verpflichtung etwa der Gemeinden, ihre Bürger mit Krankenhausbetten zu versorgen, gab es jedoch bislang nicht. Andererseits: Ein Krankenhaus kann jeder bauen, der genügend Geld zusammenbringt. Nur die Auflage, daß Zuschüsse der Länder denjenigen Neubauten vorbehalten bleiben, die das Land als sinnvoll anerkennt, steuerte bislang dem Wildwuchs.

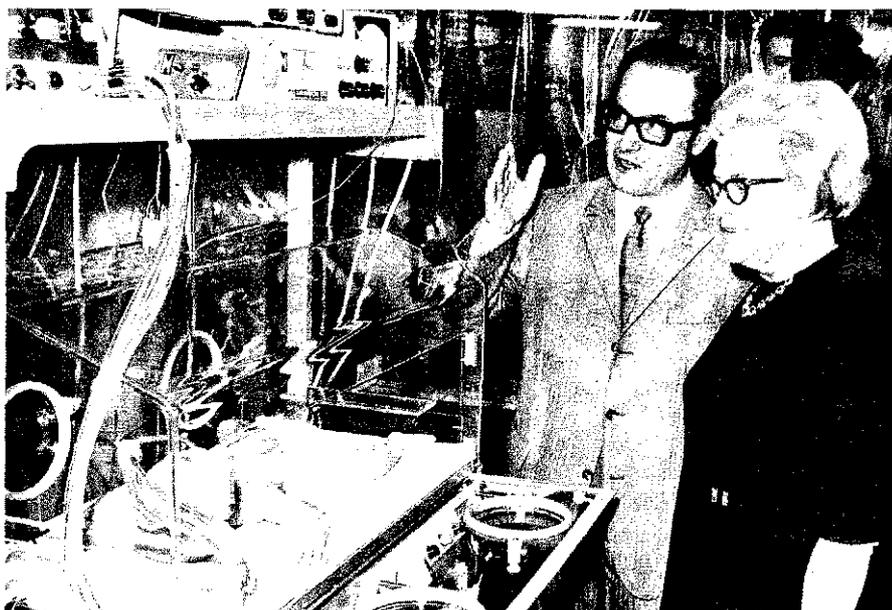
Immerhin, trotz dieses sogenannten goldenen Zügels werden Anstalten gebaut, die weniger dem Bedarf als — so der „Rheinische Merkur“ — „dem Renommierbedürfnis des betreffenden Bürgermeisters entsprechen“: „Landratsdenkmäler“. Jede der sechs kleinen, eng benachbarten Gemeinden des Schwarzwaldkreises Wolfach etwa hat eine eigene Klinik; jede hat beispielsweise Röntgengeräte, aber keine ist groß genug, mit Landeszuschüssen bedacht zu werden.

Im Versorgungsgebiet Münster müßten ein Drittel mehr Betten in chirurgischen Abteilungen stehen. Im Raum Hagen-Lüdenscheid sind es 20 Prozent zuviel. Und besondere Erfahrungen hat das nordrhein-westfälische Sozialministerium mit „Kirchturmspolitik“ im Klinikwesen: Es sei „schwer“, sagte ein Sprecher in Düsseldorf, „ein konfessionelles Haus zu bewegen, mit dem der anderen Konfession zu kooperieren“.

Das von Ministerin Strobel geforderte „bedarfsgerecht gegliederte System“ von Krankenhäusern aufzubauen, wird erst regional — wie in Nordrhein-Westfalen — begonnen; bundesweit ist es noch nicht einmal skizziert. Daher fehlen allein für die operative Versorgung, so Professor Theodor Otto Lindenschmidt, Präsident der Chirurgen-Gesellschaft, Zentren für Herz-, Kinder-, Neuro- und Unfallchirurgie sowie Abteilungen für experimentelle Chirurgie.

Nicht mehr unbedingt wer arm ist, aber wer am falschen Ort wohnt oder nicht prominent genug ist, muß früher sterben. „Wenn ein Dr. Gerhard Schröder auf Sylt die Treppe hinunterfällt, dann ist er innerhalb von zwei Stunden in einer entsprechenden Spezialklinik in Hamburg“, konstatiert der Sozialmediziner Dr. Johann Jürgen Rohde aus Hannover, „ein Krabbenfischer auf Sylt, der vom Heuschöber hinuntergefallen ist, hat diese Möglichkeiten nicht.“

Die Kliniken selbst sind bislang eher entmutigt worden, auf Modernisierung der einzelnen Häuser und des Krankenhaus-Systems zu drängen — durch in Mark meßbare Mißachtung. „Unsere



Bundesgesundheitsministerin Käthe Strobel*: Schafft an, wer zahlt?

wird der Boden unter den Füßen weggezogen.“

Die Krankenkassen wiederum attackieren die vorgesehene Kostengliederung. Wenn der Pflegesatz den tatsächlichen Aufwand für den Patienten decken sollte, so rechneten sie vor, könnten nur drastisch erhöhte Beiträge den Ruin der Kassen abwenden.

Mit Zahlen hantierten auch Mediziner. Anfang November monierte das „Deutsche Ärzteblatt“, im kommenden Jahr wolle Ministerin Strobel „pro Tag und Bett ... nicht viel mehr als neun Pfennig“ beisteuern.

Das freilich — Ärzte sind sonst im Rechnen nach Mark und Pfennig nicht schwach — war nur eine Finte, um den Ansatz zur Reform zu diskreditieren; die Standesfunktionäre hatten absichtlich die zur Geldbeschaffung vorgesehenen Bundesmittel als direkte Subventionen mißdeutet. Denn obwohl durch eine neu geordnete Finanzierung die innere Struktur der Krankenhäuser nicht gezielt verändert würde, bangen die ärztlichen Organisationen um

tereinander widersprüchlicher Interessen.

Unverblümt wie nie zuvor haben Länder und Krankenhaus-Träger, Kassen und Ärzte publik gemacht, daß der Bund wohl zahlen, aber die jeweiligen Privilegien nicht antasten soll. Wenn aber bei den Verhandlungen über den Strobel-Entwurf in diesen Wochen wesentliche Grundlagen des neuen Programms beschnitten würden, bestünde die Gefahr, daß Ursachen der überkommenen Misere bestehenbleiben. So könnte das bundesdeutsche Krankenhaus den steigenden Anforderungen immer weniger genügen.

Das bundesdeutsche Krankenhaus — das sind 3600 Kliniken mit 670 000 planmäßigen (und 35 000 Not-) Betten, davon 450 000 für akut Kranke, der Rest für Pflege- und Verwahrfälle. Nahezu jedes zweite Bett steht in einem gemeinnützigen Hospital —

* Auf der Ausstellung beim Deutschen Krankenhaustag 1969 in Düsseldorf, vor einem Bruttkasten für Frühgeborene.



Autobahn-Unfall: Jedes sechste Unfall-Opfer...

Die Differenz zwischen Pflegesatz und Kosten je Tag und Patient in der dritten Klasse stieg etwa in Hamburg im letzten Jahrzehnt von 18 auf 24 Mark. So müssen sich die Krankenhäuser, von denen viele nach der Buchführung „den Tatbestand des Konkurses erfüllen“ (Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus), als Bittsteller durchmogeln.

Mehr als die Hälfte ihres jährlichen Zwei-Milliarden-Defizits decken sie aus öffentlichen Betriebs- und Förderungszuschüssen, auf die sie keinen rechtlichen Anspruch haben. Eine Stadt wie München kostet diese freiwillige Hilfe in diesem Jahr 30 Millionen Mark.

Profit zu machen ist den öffentlichen und gemeinnützigen Krankenhäusern ohnehin untersagt. Wenn aber auch kluges Wirtschaften weit weniger als nichts einbringt, droht Schlampelei: „In der Mehrzahl der Krankenhausanstalten“, so ergab die Krankenhaus-Enquete der Bundesregierung nebenbei, werde weder ein Anlagenbuch noch eine Kostenstellenrechnung geführt; die Auskünfte über Finanzierungshilfen seien „völlig unzureichend“ gewesen. Erst vier von hundert deutschen Kliniken erledigen die Buchführung mit Computern.

Manche Anstalten halten gedankenlos an teuren Traditionen fest. „Das Städtische Krankenhaus Neukölln“, rügte der Berliner Rechnungshof, „betreibt als einziges städtisches Krankenhaus eine eigene Bäckerei.“ Der Preisvergleich mit Schrippen und Stullen im Handel ergab, daß „die Eigenherstellung im Rechnungsjahr 1967 um fast 20 000 Mark teurer“ war.

„Wo Brot ist, sind auch Spiele“, glossierte die Ärztezeitschrift „Euro-med“ Berliner Krankenhaus-Romantik: „Für 1,9 Millionen Mark im Jahr sticheln und nähen 160 Wäscheausbesserinnen an den Laken, die der Senat im Rahmen seiner psychologischen Aufrüstung mit vierblättrigen Kleeblättern bedrucken ließ.“

Und dem Umstand, daß Krankenhäuser auf die Zusammenarbeit mit

Leistung ist anstrengend, unsere Zukunft ist ungesichert, unser Wettbewerb ist im Notstand, unser sozialer Fortschritt mühsam und mit roten Zahlen belastet“, klagte der Präsident der Krankenhaus-Gesellschaft, August Fischer (ehemals Oberbürgermeister von Kempten im Allgäu).

Für die Gesundheitsfürsorge insgesamt werden in der Bundesrepublik etwa vier Prozent des Bruttosozialprodukts aufgewendet. In anderen, vergleichbaren Ländern sind es nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation sechs Prozent oder mehr.

Zwar haben sich die Krankenhaus-Pflegesätze in den letzten anderthalb Jahrzehnten fast überall vervierfacht. Sie wurden etwa in Hamburg seit 1964 neunmal erhöht, zuletzt im vergangenen Juli um durchschnittlich 23 Prozent auf 59,50 Mark für die dritte, auf 103 Mark für die erste Pflegeklasse.

Aber die noch gültige Bundespflege-satzverordnung, „deren Name allein genügt, den Krankenhausträgern die Zornesröte ins Gesicht zu treiben“ („Berliner Ärzteblatt“), verlangt beim Errechnen der Kosten „Grundsätze einer sparsamen Wirtschaftsführung“. Und die scheinen großväterlichem Haushalten entlehnt zu sein:

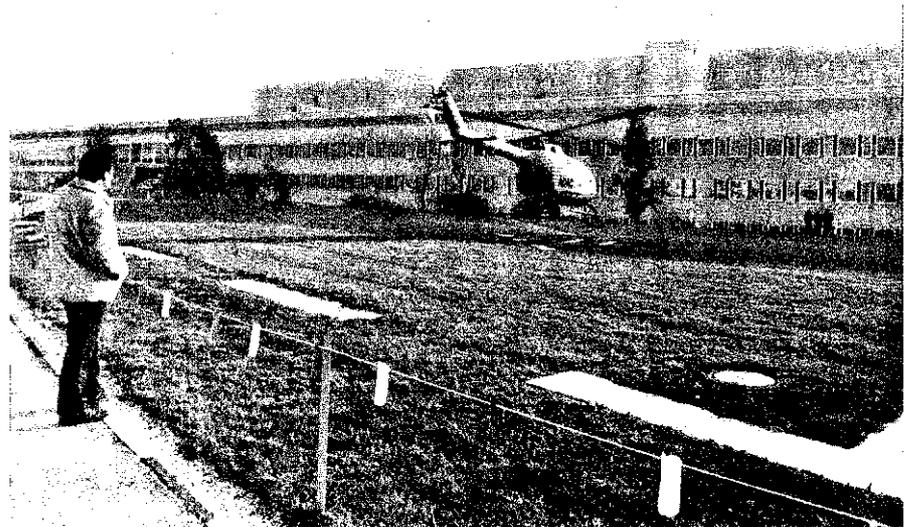
Die Lebensdauer langfristiger Anlagen wird dabei auf 100 Jahre, entsprechend niedrig die Abschreibungsquote bemessen. Die rasche diagnostische und therapeutische Entwicklung, die zu teurer Erneuerung zwingt, ist kaum berücksichtigt. Ohnehin dürfen die Klinikverwaltungen nicht mehr erwarten, als die Kassen nach ihrem vom Staat begrenzten Etat zahlen können.

Tatsächlich hat sich jedoch der sogenannte Bettenpreis, der durchschnittliche Einstands-Aufwand für einen Behandlungsplatz, seit 1945 von 15 000 auf derzeit 100 000 Mark erhöht; in fünf Jahren, so schätzen Experten, wird er auf 150 000 Mark geklettert

sein. In Hochleistungs-Krankenhäusern wie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf liegt der Bettenpreis schon jetzt über 300 000 Mark. Das Bettgestell, für 800 Mark zu haben, könnte dafür dick vergoldet werden.

Auch wenn, wie das Bundesgesundheitsministerium meint, die gegenwärtig vorhandenen Betten ausreichen — ersetzt werden müssen jährlich 13 000, damit der Bestand erhalten bleibt. Der Investitionsbedarf aller Kliniken in den nächsten fünf Jahren wird auf 13 Milliarden Mark geschätzt.

Auch kletternde Preise für medizinischen Bedarf und die Mehrwertsteuer haben die Kosten erhöht, vor allem aber die Ausgaben für das Personal. Während der letzten Jahre mußte beispielsweise bei Tariflohn und Ortszuschlag, Beiträgen für die Angestelltenversicherung und der Weihnachtsgratifikation kräftig zugelegt werden (dennoch beträgt derzeit der Aufwand für eine Pflegekraft erst monatlich 1200 Mark).



... hätte überleben können: Verletzten-Transport mit Hubschrauber*

* ADAC-Hubschrauber über dem Landeplatz am Krankenhaus München-Harlaching.

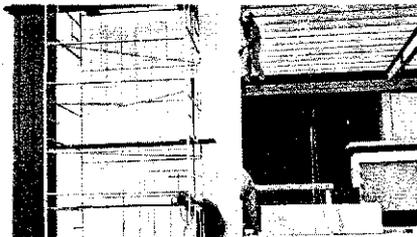


Eine prima Idee



Die montagefertige HOESCH ISOWAND. So jung und schon so erfolgreich. Ein Werkstoff mit großer Zukunft! Ideale Großflächen-Sandwich-Elemente für moderne Hallenbauweise. Im Nu steht jeder Bau. Tageschnell statt monatelang. Bei Wind und Wetter. Bei klirrendem Frost. Ohne besondere Hilfsmittel. HOESCH ISOWÄNDE erfüllen höchste Ansprüche – und dabei preiswerter als mancheiner denkt!

10-2-126



HOESCH isowand

HOESCH ISOWAND, ein perfekter Verbund von Stahl-Polyurethanhartschaum-Stahl. Bandverzinkt mit Einbrennlackierung (PLADUR® Z) oder Kunststoffolien-Beschichtung (PLATAL® T) in verschiedenen Farbtönen. Wandstärken: 35, 60 und 120 mm je nach Wärmedämmung. Serienmäßig 1 m Baubreite. Bis zu 10 m Länge. HOESCH ISOWÄNDE bleiben nach der Montage demontierbar für Remontagen.

Hoesch Siegerlandwerke AG · Siegen

Ausführliche Unterlagen und technische Beratung für Architekten, Bauherren und Bauunternehmer.



An die Technische Beratung HOESCH-Bauteile – Hoesch Siegerlandwerke AG · 59 Siegen · Postfach 46
Wir wünschen schriftliche/mündliche Informationen über HOESCH-ISOWAND

Absender

in Firma/Beruf

Telefon

SP 126

Apotheken angewiesen sind, wird laut „Euromed“ nach dem Grundsatz Rechnung getragen: „Jedem die seine. Koste es, was es wolle.“

Daß es ordentlich ausgerüstete kleine und mittlere Kliniken zu Hunderten gibt, denen der Stadtrat auch ein bißchen Marmor fürs Foyer bewilligt; daß es pompöse Gesundheitsfabriken gibt, deren Instrumenten-Kollektionen so erlesen sind wie die der Düsseldorfer Chirurgie (Chef Professor Ernst Derra: „Wir haben alles“) — dies kann die schleichende Auszehrung des bundesdeutschen Krankenhauses nicht mehr kaschieren.

30 Prozent der Bauten, 40 Prozent der Betten stammen aus Kaisers Zeiten. In Fulda etwa (eine neue Schwerpunkt-klinik ist dort erst geplant) müssen in der Chirurgie Schwerkranke vorerst ohne Einzelzimmer auskommen. Die Sterbenden werden ins Ärztezimmer geschoben. Auf der Unfallstation liegen zeitweilig 17 Patienten in einem Raum.

In der Entbindungsstation des Stadtkrankenhauses Hof wurden Kinder nicht selten auf Tragen geboren. Säuglinge lagen zu zweit in einem Bett. Die Gynäkologen zogen sich in der einzigen Toilette um und mußten Schwangere vor den Augen anderer Patientinnen untersuchen — drei Jahre lang kämpften die Ärzte gegen den Notstand, erst nächstes Jahr soll ein Neubau stehen.

Die beiden kleinen Krankenhäuser von Berlin-Reinickendorf, so war im September in einer Ärzte-Denkschrift zu lesen, seien „am Rande einer Katastrophe“. Weil Betten, Fachärzte, Laborkräfte und technisches Gerät fehlen, müßten Schwerkranke ohne Überwachung in Nebenräumen liegen; die Risiken für Infarktpatienten könnten „nur jemanden nicht erschüttern, der von neuerer Medizin nicht allzuviel weiß oder sicher ist, niemals in Reinickendorf einen Herzinfarkt zu erleiden“.

Vor zwei Jahren machten Münchner Stadträte überraschend nachts Visite im Schwabinger Krankenhaus. Sie waren über den Zustand von Unfall-Aufnahme und chirurgischer Nothilfe entsetzt. Anfang dieses Jahres wurde eine Erneuerung dieser Abteilungen abermals verschoben.

In Hamburg nahm zuletzt 1913 ein komplettes Krankenhaus den Dienst auf, das von Barmbek. Sieben Baracken auf dem Gelände, die damals als Notquartiere dienen sollten, bis massive Pavillons stehen würden, werden noch immer genutzt. „Im Sommer kollabieren die Patienten vor Hitze“, berichtete eine Schwester aus den Zwölf-Betten-Sälen, „im Winter zieht es überall, und es regnet durch.“

Die Anlage mit 64 Gebäuden und 1400 Betten ist ein Großbetrieb, der für 28 Millionen Mark im Jahr Gesundheit produziert. Einnahmen: 21 Millionen Mark.

Die Differenz trägt der Steuerzahler; der noch mehr draufzahlen müßte. In Barmbek würden dringend fünf Millionen Mark gebraucht für Aufzüge, Rufanlagen, zentrale Sauerstoffver-

sorgung, ein Kesselhaus, ein Notstromaggregat. Dem „Deutschen Allgemeinen Sonntagsblatt“ sagte der ärztliche Direktor Professor Heinrich Berning bescheiden: „Qualitativ genügt ein Krankenhaus nie den Ansprüchen.“

Bedenklicher ist, ob das Klinikpersonal den Ansprüchen genügt oder auch nur genügen könnte. Aus den Alarmmeldungen der letzten Monate:

- ▷ Im Hanauer Stadtkrankenhaus war Essen à la carte für alle Patienten eingeführt worden; wegen der Mehrbelastung kündigten 22 Schwestern.
- ▷ Weil Pflegepersonal fehlte, mußte die Männerstation der Orthopädischen „Wernerschen Anstalten“ in Ludwigsburg schließen. Die Spezialklinik, erklärte Chefarzt Professor Friedrich Rathke, werde von



Klinik-Bäckerei in Berlin-Neukölln
Rüge vom Rechnungshof

umliegenden Allgemeinkrankenhäusern als „Personalreservoir“ angesehen und ausgekauft.

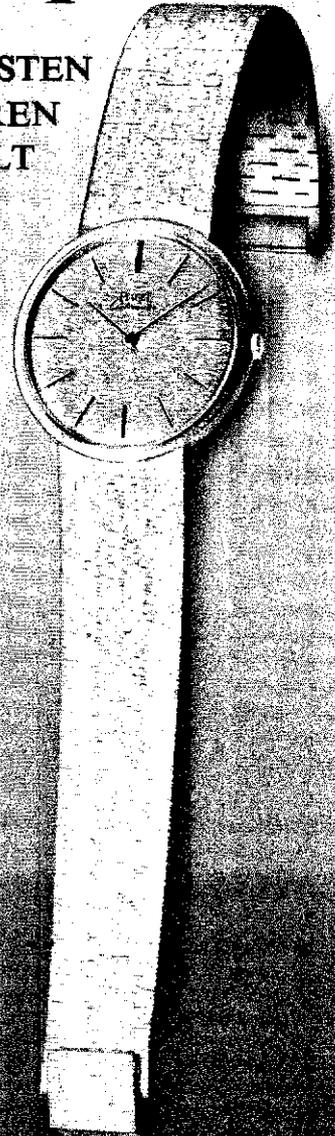
- ▷ Als eine Oberschwester und zwei Nachtschwester kündigten, blieb dem Stadtrat von Leipzig in Schwaben nichts mehr übrig, als das Krankenhaus des Ortes aufzugeben.

Aufnahmestopp für Unfallverletzte mußte die Münchner Neurochirurgie — Chefarzt: der renommierte Nervenverpflanzler Dr. Walter Jacoby — im September vorübergehend verkünden. Die Intensivpflegestation war schon Monate vorher verwaist. Kranke lagen in Gängen und überfüllten Räumen. Statt wie vorgesehen acht taten nur mehr drei Operationsschwester Dienst; Pflegeschwestern, die zum 1. Juli gekündigt hatten, gingen bereits im Mai — so viele Überstunden hatten sie abzufeuern.

Ärzte mußten Instrumente putzen und Betten machen, während Patienten mit Gehirntumoren von Woche zu Woche auf einen Eingriff vertröstet wurden. Das zweite neurochirurgische

PIAGET

BEI DEN ERSTEN
JUWELIEREN
DER WELT



DIE EINZIGE
ULTRA-FLACHE
AUTOMATISCHE
UHR DER WELT Höhe des Werkes 2,3 mm

Diese fast unglaubliche Errungenschaft
ist das Werk der Spezialisten der
flachsten Uhren der Welt.

Bezugsquellennachweis für Deutschland: PIAGET GmbH, 605 Offenbach/Main.
Postfach 551 - Für Österreich: Helmut REISS, Parkring 10, 1010 Wien

Zentrum Münchens im Klinikum rechts der Isar konnte nicht aushelfen; dort waren von sieben Planstellen für OP-Schwestern nur vier besetzt.

„Der kleine Stamm, der das Gefüge noch zusammenhält“, sagte eine Schwester in Hamburg, „ist müde geworden.“

Nahezu 9000 Angebote für Krankenhaus-Pflegepersonal hat die Fachvermittlungsstelle der Bundesanstalt für Arbeit in Nürnberg registriert. Die Zettelkästen mit Stellengesuchen aber sind leer.

Insgesamt kümmern sich 150 000 Schwestern und Pfleger in der Bundesrepublik um die Kranken. Es müßten jedoch, damit in Schicht- und Nachtdienst alle Stellen besetzt sind, damit fix angelernte Schwesternschülerinnen und Pflegehelfer nicht die heikle Arbeit ausgebildeter Schwestern und Pfleger tun müssen, damit Schwerkranken ausreichend überwacht und Sterbende getröstet werden können, 35 000 mehr sein.

Deshalb werden Hilfswillige von den Philippinen und aus Indien eingeflogen, in der Türkei, in Finnland und in Jugoslawien angeworben. Allein aus Korea sind es derzeit 3000.

Eine „schöne Lebensaufgabe“ nennt die Werbebroschüre der Marburger Krankenpflegeschule den Schwesternberuf. Wer ihn ausübt, weiß, daß es zumindest vielseitig ist, Putzfrau und Küchenfee, Telephonistin und Laufmädchen, Sekretärin und Toilettenfrau zu sein und außerdem Engel der Kranken.

Keckere Häubchen und schickere Röcke sollen die Schwestern neuerdings bei Laune halten, und den Pflegern wird der Titel „Klinikassistent“ angedient. Aber solcher „Sozialklimbim“ („Hamburger Abendblatt“) verfährt nicht, wenn die Gehaltssteigerungen zu gering, die Aufstiegschancen (Stations- und Oberschwester und Oberin) eng begrenzt sind.

So nimmt es nicht wunder, wenn die Schwestern nach dreijähriger Ausbildung nur durchschnittlich fünf Jahre ihren Beruf ausüben. Die Krankenhäuser jedoch müssen weiter aberwitzige Konkurrenz treiben — mit Anzeigen für vier Millionen Mark jährlich werben sie sich gegenseitig Personal ab.

Direkt bedrohlich für die Patienten aber ist, wenn sogar der ärztliche Krankenhausdienst im argen liegt. Zumal die Heilkunst vieler Jungärzte ist fragwürdig.

Wenn ein Medizinalassistent Glück hat, erläutert ein Heidelberger junger Doctor medicinae, bekommt er einen erfahrenen, lehrwilligen Assistenzarzt zum Kollegen. Er kann aber auch in eine Klinik geraten, in der er laut Mediziner-Jargon nicht viel mehr lernt als „Haken und Schnauze halten“. Und mancher MA muß mitunter aus eigenen Fehlern lernen, sobald er stunden- oder tagelang mit einer Station alleingelassen wird.

* Oben: Lungenfunktions-Meßplatz in der Wiesbadener Klinik für Diagnostik; unten: Im 400 Jahre alten Städtischen Krankenhaus Ravensburg.



Diagnose-Einrichtung in moderner Klinik*: Jedes dritte Krankenhaus...

Mitteilungen der leitenden Ärzte über ihre Fachlektüre, so ein Erfahrungsbericht, den unlängst die „Frankfurter Rundschau“ veröffentlichte, seien „spärlich und unsystematisch“. Bei den täglichen Abteilungsbesprechungen würden weder ausreichend Erfahrungen ausgetauscht noch Problemfälle diskutiert. Bei den gelegentlichen Chef- und Oberarztvisiten, jenem opernhaften Relikt ärztlichen Starkults, stehe „das niedrigere Personal... dekorativ herum“.

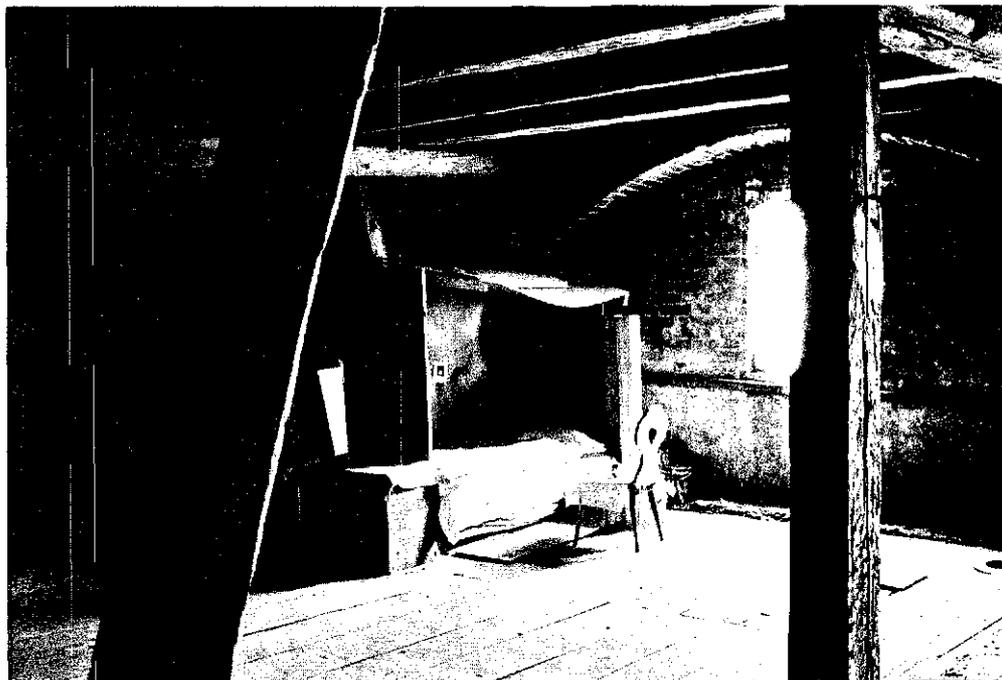
Der Sprung zur nächsten hierarchischen Sprosse bringt vor allem mehr Arbeit. Der Assistenzarzt, angestellt oder auf Widerruf beamtet, ist zu den stets nötigen Überstunden verpflichtet.

Der Nimbus des weißen Kittels schwindet, wenn man weiß, daß Assistenten häufig nach einem durchwach-

ten Bereitschaftsdienst rund um die Uhr wieder an die normale hektische Tagesarbeit gehen müssen. Neuerdings erhalten sie dafür mancherorts wenigstens soviel Überstundenzulage wie ein Klempnergeselle.

Mit der Aussicht auf Karriere können sich nur wenige Mut machen. Die Chefärzte und die Krankenhaus-Eigner haben vorerst dabei versagt, für genügend viele Ärzte Aufstiegsmöglichkeiten und Lebensstellungen in der Klinik zu schaffen. Von 100 chirurgisch tätigen Medizinern beispielsweise haben nach jahrelanger Assistenzzeit nur sechs oder sieben die Chance, ihre Spezialkenntnisse auf die Dauer in der Klinik zu nutzen.

Nachgeordnete Ärzte haben zudem lernen müssen, in „leibeigenschaftsähnlicher Abhängigkeit“ („Deutsches Ärzteblatt“) zu dienen, wenn auch nach



... stammt noch aus Kaisers Zeiten: Krankenpflieger-Schlafstatt in einem Altbau*



Demonstrierendes Pflegepersonal*
35 000 Schwestern fehlen

Ansicht dieser von Honorationen gelenkten Zeitschrift nur „in früheren Jahren“ und „in Einzelfällen“. Immerhin scheint verständlich, wenn junge Mediziner nun endlich die Hierarchie ihres Standes abbauen möchten.

Denn nur jeder zehnte der über 40 000 Krankenhausärzte ist über die allgemeine Misere erhaben: der mittlerweile als „Halbgott in Weiß“ (Radio Bremen) attackierte Chefarzt.

Wie wenig der einzelne Chefarzt dem auch entsprechen mag, seine Rolle ist ihm noch immer vorgegeben — die patriarchalische Figur aus den kaiserdeutschen Hospitälern des vorigen Jahrhunderts.

Er hat, gleichsam als Chefstrategie gegen den Tod, die Entscheidungsbezugnis, von der letztlich das persönliche Schicksal aller Patienten in seiner Klinik oder Abteilung abhängt. Er bestimmt den Umgangston — barsch, kalt sachlich, jovial oder kollegial.

Die Entwicklung der Medizin ist gegen den großen einzelnen. Die zunehmende Spezialisierung verwehrt längst umfassende Kenntnis. Aber die Hohlform der überkommenen Chefarzt-Figur ist immer noch vorhanden und verführt dazu, sie auszufüllen. Noch immer machen die Chefarzte den Elitezirkel ihrer Zunft aus.

Und von allen Ärzten an der Klinik haben nach wie vor allein die Chefs das Liquidationsrecht. „Es besteht eine Herrschaftsstruktur“, erklärte der Heidelberger Sozialmediziner und Krankenhaus-Experte Professor Hans Schaefer, „die sich letzten Endes in der Honorierung widerspiegelt.“ Seit einem Jahrhundert haben die Chefarzte ihr Privileg geschützt, eine Privatstation und eine private Ambulanz führen zu können. Damit sollten sie für ihr relativ geringes Gehalt entschädigt

* In Frankfurt (September 1970).

werden, das derzeit allenfalls dem eines Regierungsrats entspricht.

Dafür halten die Krankenhäuser zehn Prozent ihrer Betten, das zugehörige Instrumentarium und auch die im Lohn stehenden Assistenzärzte (Durchschnitts-Einkommen: 1800 Mark) bereit. Das Entgelt, das die Chefarzte für solche Privat-Nutzung an die Klinik abgeben, „überschreitet nur in Ausnahmefällen“, wie unlängst die hessische Krankenhausgesellschaft konstatierte, „25 Prozent der Privateinnahmen und erreicht damit noch nicht einmal die Unkosten, die erfahrungsgemäß der freipraktizierende Arzt für seinen Praxisbetrieb aufzuwenden hat“.

Erst vom Ärztetag dieses Jahres wurde der Grundsatz akzeptiert, daß nachgeordnete Ärzte, die für den Chef Privatpatienten betreuen, „angemessen“ zu vergüten seien — wie es an etlichen Kliniken (so in Hamburg und München), wenn auch nach unterschiedlichen Modellen, schon geschieht.

Der Marburger Bund freilich, der Verband der angestellten Ärzte, ist „nicht allzu optimistisch“, daß die Anwendung dieses Grundsatzes — den die Berufsordnung nun im Paragraphen „kollegiales Verhalten“ aufführt — „von heute auf morgen überall und jederzeit gesichert wäre“.

Für die Kranken bedeutet die traditionelle Sonderstellung des Chefarztes, daß sie sich noch weithin dem alten Klassen-System einordnen müssen:

- ▷ Als Kassenpatienten sind sie bei ambulanter Behandlung allein auf die niedergelassenen Ärzte angewiesen. Im Krankenhaus können sie sich den behandelnden Arzt nicht aussuchen.
- ▷ Als Privatpatienten, die sich Heilung gegen bares Geld erkaufen müssen (und nur, wenn sie freiwillig hoch versichert sind, ihre Auslagen voll erstattet bekommen), können sie auch eine Chefarzt-Ambulanz aufsuchen, in der Klinik den Arzt frei wählen und ihn täglich an ihr Bett kommen lassen.

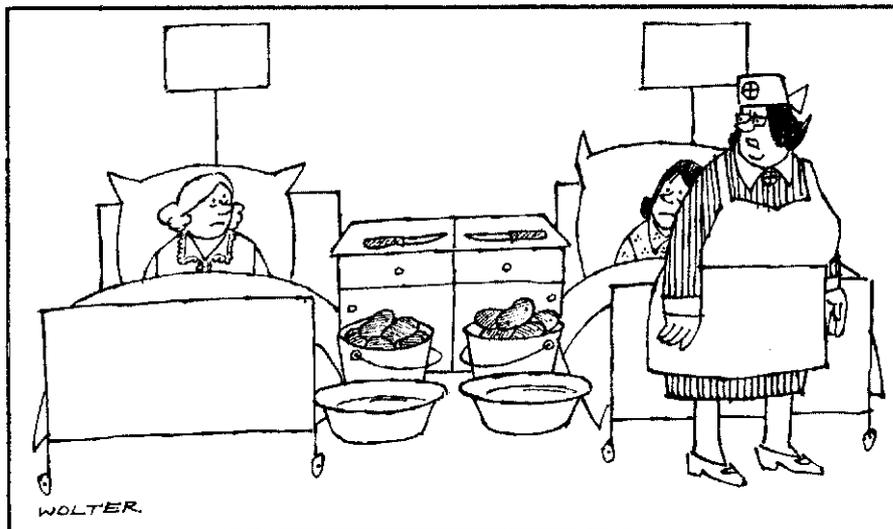
Geschröpft werden beide Patienten-Kasten. Selbst der Hamburger Professor Gustav Hopf, Vorsitzender des Chefarztverbandes, erkennt in dem gegenwärtigen System „eine Ausnutzung der Privatpatienten zugunsten einer vollwertigen Honorierung der Krankenhausärzte“ — freilich, wie Hopf meint, wiederum nur „für ihre Leistung in der allgemeinen Klasse zugunsten der Sozialversicherten“.

Immerhin, das Privathonorar kann das Ein- bis Sechsfache der Kassengebühren ausmachen oder, wenn selbstzahlende Patienten bei einem prominenten oder sonst gesuchten Arzt dazu bereit sind und es vereinbaren, beliebig mehr. Die Krankenhausgesellschaft schätzt, daß sich „80 bis 90 Prozent des Chefarzteinkommens“ aus Privatliquidationen summieren.

Der Gegenwert, den der Privatpatient für höheres Honorar (und vorsorglich hohe Versicherungsbeiträge) erhält, ist angeblich nur Bequemlichkeit. Er kann zwischen Ein- und Mehrbettzimmern und mehreren Menüs wählen, er kann Telefon, Fernseher und eine eigene Nachtwache an sein Bett beordern. Aber einen besonders eleganten Bauchdecken-Schnitt oder eine gründlichere Diagnose soll er nicht erwarten. Denn „für den Arzt“, sagt Bundesärztekammer-Präsident Professor Ernst Fromm, „gibt es nur ein Einteilungsschema im Krankenhaus, und das ist der Schweregrad der Erkrankung“.

Das von der Bundesärztekammer herausgegebene „Deutsche Ärzteblatt“ dagegen konstatierte bei anderer Gelegenheit: „Die vielen Privatpatienten und die immer zahlreicher werdenden Kassenpatienten, die sich in der privaten Krankenversicherung zusätzlich für eine Behandlung in der zweiten Pflegeklasse versichern, sind bestimmt nicht der Ansicht, daß das Arzthonorar an den leitenden Krankenhausarzt nur ‚shake-hands‘ abgeiten soll.“

Draufzahlen im Krankenhaus, ob nun für ärztliche Leistung oder nicht, muß allerdings auch der Kassenpatient der dritten Klasse, der den Chefarzt



„Heute ist Operationstag, da werden alle Hände gebraucht!“

seltener sieht. Er tut es jedoch indirekt, über seine zwangsweise kassierten Beiträge zur sozialen Krankenversicherung, die nach Ansicht der wirtschaftlich nicht unbedarften „Frankfurter Allgemeinen“ ein „undurchsichtiges Kollektivsystem“ ist.

Durchsichtig daran ist zumindest, daß die Beiträge unnötig hoch sind. Denn die Kassen müssen die notleidenden Krankenhäuser subventionieren, indem sie überlange Liegezeiten der Kassenpatienten bezahlen.

Es wären merkwürdige medizinische Umstände, wenn bundesdeutsche Kranke länger bettlägerig sein sollten als Kranke im Ausland. Tatsächlich aber belegt der westdeutsche Krankenhauspatient im statistischen Schnitt 19 Tage lang ein Bett, der schwedische, belgische und sowjetische 14, der finnische und kanadische zehn, der israelische neun und — Extremfall

„unnötige“ Krankenhaus-Neubauten und deren Unterhaltungskosten, lange Krankengeld-Fortzahlungen und Produktionsausfälle“.

Da laut Richter „die jetzige lange Verweildauer medizinisch nicht begründbar ist“, sei „ein Bettenüberschuß vorhanden“. Schon 1968 hatte das „Arzteblatt“ von Baden-Württemberg vorgerechnet, die Abkürzung des durchschnittlichen Aufenthalts in den Akutkrankenhäusern um einen Tag würde jährlich 6,5 Millionen Pflegeetage einsparen und 21 000 Behandlungsplätze freimachen.

Praktiziert hingegen wird volkswirtschaftlicher Unfug. Die Leute liegen am längsten, wo die Betten am teuersten, die Platznot am größten ist — im Stadtstaat Berlin und im volkreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen. Die Schleswig-Holsteiner werden am ehesten wieder nach Hause

ist aber — wie ein Symposium des auf Planung spezialisierten „Quickborner Teams“ im letzten Jahr ergab — in der Bundesrepublik kaum entwickelt. Ausgerichtet wurde das Krankenhaus-System vielmehr, so Professor Schaefer, nach „den Wunschbildern derer, die am Patienten verdienen, die dem Patienten zwar auch helfen wollen, die sich aber doch nicht in der Rolle des Patienten fühlen“.

Beispiel für Planungsmängel in einem Land: In Nordrhein-Westfalen, das früher als andere Bundesländer die regionale Struktur des Gesundheitswesens neu zu ordnen begann, ließen sowohl Innenminister Willi Weyer wie Sozialminister Werner Figgen Krankenhauspläne mit Milliarden-Ansätzen entwickeln. Die Ergebnisse, 1968 im Abstand von acht Tagen veröffentlicht, waren nach dem Urteil der Ärzteschrift „Selecta“ in den Einzelheiten „so verschieden, daß man meinen könnte, der eine habe vom anderen noch nie etwas gehört“.

Beispiel für Planungsmängel bei einem Bau: Das neue Allgemeine Krankenhaus Hamburg-Altona wurde während seiner bislang zehnjährigen Baugeschichte derart umgemodelt, daß es nun viermal soviel kostet wie ursprünglich vorgesehen. Es wird mit bislang 155 Millionen Mark eines der teuersten Gebäude der Hansestadt, weil vor einem Jahrzehnt, wie ein Untersuchungsausschuß der Bürgerschaft feststellte, „keiner der Beteiligten über ausreichende Erfahrungen im Bau moderner Hochleistungs-Krankenhäuser“ verfügte.

„Der einzige, der bisher nicht gefragt wurde“, bemängelte Sozialmediziner Schaefer im letzten Jahr, „ist der Patient.“ Auch das Fachblatt „Krankenhaus“ befand, der Patient sei „das vor allem passive Objekt der Organisation“. Er kann zu Unzeiten geweckt werden. Er hat „nicht brav gegessen“, wenn er eine wäßrige Kartoffel liegen läßt. Er ist — unausrottbarer Krankenhaus-Jargon — „der Fall“, „der Magen“, „die Alte, die bald abkratzt“.

Der Kranke provoziert dazu, so über ihn zu sprechen. Chefarztverband-Chef Hopf formulierte es bedauernd: Der Kranke „denkt archaisch, kindlich, unlogisch, magisch“, er „paßt also von Natur nicht recht in das moderne Krankenhaus“.

Für ihn, ergänzt Professor Jahn, „ist der Arzt im weißen Kittel die Inkarnation des medizinischen Wissens und der medizinischen Autorität“. Aber, so Arzt Jahn, „der Arzt selbst ... wacht eifersüchtig darüber, daß an diesem Bild nicht gerüttelt wird“.

Der niederländische klinische Psychologe Dr. Joost J. C. B. Bremer hat ermittelt, wie das funktioniert. Daß die typischen kindlichen Verhaltensmuster der Krankenhaus-Patienten unvermeidbaren gefühlsmäßigen Beziehungen und Erlebnissen entsprängen, fand Bremer bei wissenschaftlicher Nachprüfung „nicht oder nur sehr teilweise bestätigt“. Sie sind vielmehr „durch das autoritäre Verhalten des medizinischen Personals bedingt“. Die



Chefarzt, Assistenzärzte bei der Visite: „Haken und Schnauze halten“

— der amerikanische nur knapp acht Tage. Auffällig ist auch, daß westdeutsche Privatpatienten das Krankenhaus drei bis vier Tage früher als Kassenpatienten wieder verlassen.

„In dem Pauschalsystem des Pflegesatzes“, resümierte die Bonner Krankenhaus-Enquete, liege für die Krankenhäuser „ein Anreiz für die Verlängerung der Verweildauer“. Denn „die ersten — leistungsintensiven — Krankenhaustage werden mit dem gleichen Satz vergütet wie die folgenden, weniger leistungsintensiven“.

An kürzeren Liegezeiten ist auch sonst, wie Professor Erwin Jahn vom Bundesgesundheitsamt konstatiert, „niemand mehr interessiert, weil der Patientenwechsel allen im Krankenhaus Belastung bringt, niemandem Erleichterung“.

Die Folgen sind, so erläutert der Chirurg Dr. Gerhard Richter aus Herdecke, der — nach Studien in den USA — in Hessen zu einer fortschrittlichen Krankenhaus-Planung beitrug:

geschickt — zehn Tage früher als die Berliner.

Dazu wird das Krankenhaus, „das weitaus aufwendigste Behandlungsinstrument“ (Professor Jahn), als karitative Einrichtung mißbraucht. Hausärzte weisen — „soziale Indikation“ — Kränkelnde ein, nur weil sich sonst niemand um sie kümmert.

Das Hamburger Hafenkrankehaus etwa muß jährlich — außer 15 000 verletzten Schauerleuten aus dem Hafen, Unfallopfern von den Straßen der Stadt, St.-Pauli-Lädierten und Kindern mit einem Knopf im Ohr, die schnell durchgeschleust werden — unter den 4000 stationären Patienten viele Alte mit langwierigen Leiden versorgen, die in Pflegeheimen besser behandelt und behütet wären. „Wenn wir nicht dauernd improvisierten“, sagt der ärztliche Direktor Dr. Arnold Hofmann, „ginge der Laden überhaupt nicht mehr.“

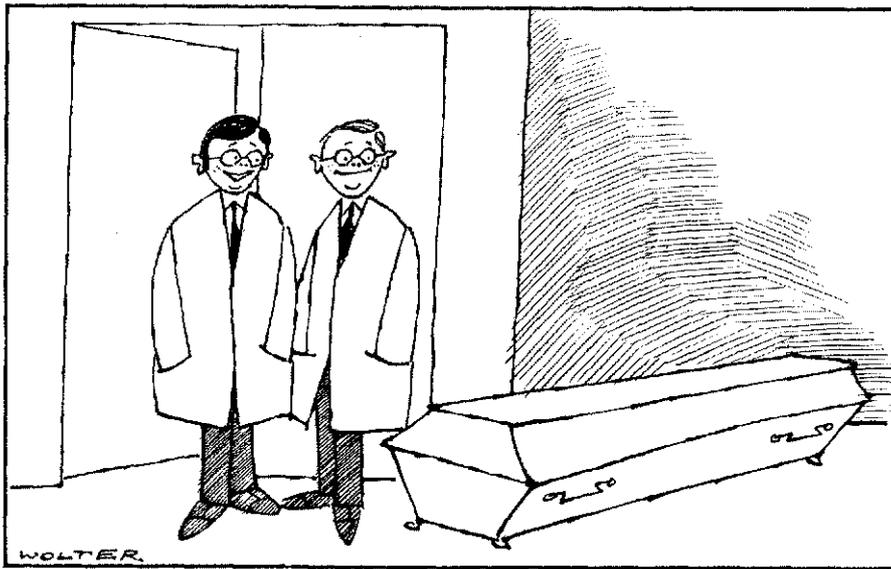
Eine Krankenhaus-Planung, die solchen Mißständen abhelfen könnte,

Kranken werden „infantilisiert — man zwingt sie geradezu, sich kindlich zu verhalten“.

Wichtigstes, althergebrachtes Manöver dabei ist, daß der Patient sich ins Bett legen muß, dazu vor den Augen von Fremden. „Allein die horizontale Lage macht den Kranken zum Unterlegenen“, analysierte der Münchner Medizinjournalist und Schriftsteller Thomas Regau: „Vergessen wir nicht, daß Schwäche und Hilflosigkeit nicht nur Mitleid, sondern gerade auch unsere Aggression herausfordern.“

Nach repräsentativen Untersuchungen, so konstatierte die Arbeitsgruppe Leverkusen, ein auf die Entwicklung neuartiger medizinischer Strukturen spezialisiertes Experten-Team, sind aber von den Patienten in Allgemeinen Krankenhäusern

▷ nur 30 Prozent bettlägerig;



„Das ist schon unser dritter Blinddarm — bis der Chef wiederkommt, können wir's“

▷ 25 Prozent können wenigstens zur Toilette gehen und sich selbst waschen;

▷ 45 Prozent aber brauchen tagsüber kaum noch ins Bett — sie könnten, hätten sie Gelegenheit dazu, in normaler Kleidung am Tisch essen, im Haus umherlaufen und in Aufenthaltsräumen lesen, Musik hören oder sich unterhalten.

Wahrscheinlich wäre es für viele aus dieser letzten Gruppe sogar heilsamer, wenn sie nur tagsüber, nachts oder ambulant zur Untersuchung und Behandlung in die Klinik kämen. So brauchten sie auch nicht zwangsweise sexuell abstinert zu leben.

Bettruhe, als Allheilmittel angewandt, kann sogar — so die Ärztezeitung „Praxis-Kurier“ — „eine gefährliche therapeutische Maßnahme“ sein, bei der psychischer Stress, Herzbelastung und schlechte Atmung zusammenwirken. Gleichwohl entsprechen Schnitt und Einrichtung der Krankenzimmer, wie überhaupt die Bauform der Krankenhäuser, noch weitgehend

dem Kindchenschema vom hilflosen Schwerkranken, das Ärzte und Schwestern hegen und das sie notfalls durch strikten Bettruhe-Befehl herstellen. Dies, kritisiert Professor Jahn, „hat das Krankenhaus im Bau und Betrieb teuer gemacht“.

Doch jeder einzelne Mißstand dieser Art ist nicht nur, wie oft behauptet, die Folge von Geldmangel — er steht für die allgemeine Misere, die obsolekte Struktur des Krankenhauses im ganzen. Chefarzt-Sprecher Professor Hopf: „Die Wirtschaftsverwaltung ist unbeweglich, die ärztliche Verwaltung dilettantisch, und die Krankenpflege ist zur Krücke mit gemischten Heil-, Hilfs- und Verwaltungsaufgaben geworden.“

Kritische Krankenhaus-Experten, wie etwa der Chirurg Dr. Richter, haben erkannt, „daß die wirtschaftli-

chkeit untergebracht sind, daß sie gleicherweise von allen Fachärzten versorgt werden, gleiches Essen erhalten, gleich häufig Besuch bekommen und gemeinsame Kommunikations-, Klub- und Fernsehräume aufsuchen können. Klassenlos wird aber auch der ärztliche Dienst organisiert sein — ohne starre Hierarchie.

„Öde Gleichmacherei“ und „reine Demagogie oder aber bestenfalls lebensferne Utopie“ erkannte das „Deutsche Ärzteblatt“ in solchen Plänen: „Zumindest theoretisch müßten dann alle, auch Landräte, damit rechnen, im Falle einer Erkrankung ... mit jedem, sagen wir: auch mit einem Gasterbeiter, das Zimmer zu teilen.“

Daß die ärztlichen Standesfunktionäre Geld meinen, wenn sie von Ethos reden, verdeutlicht auch die Drohung, mit der Westdeutschlands Chefarzte einer klassenlosen Klinik-Zukunft zu begegnen suchen: Die Fähigen unter ihnen, hieß es in einer Zeitungsanzeige des Verbands leitender Krankenhausärzte im hessischen Wahlkampf, würden dann aus den Allgemeinen Krankenhäusern ausziehen und sich in privaten Kliniken niederlassen, um den zahlungsfähigen Patienten dort die erwünschte Exklusivität zu gewähren. Anzeigentext: „Wir hätten dann eine Zweiklassenmedizin, bei der hochqualifizierte Ärzte nur noch für Privatpatienten zugänglich wären.“

Diese Prognose könnte falsch sein — wie etwa das Beispiel England erweist, wo das gesamte Gesundheitswesen seit 1948 verstaatlicht ist. Dort sei die sozialisierte Medizin, so berichtete etwa das Münchner Ärztesfachblatt „Praxis-Kurier“, „bei den Patienten so populär, daß sich nur noch verschwindend wenige privat behandeln lassen“. Die britischen Ärzte allerdings kamen, „nachdem sie ihren sozialen Status und ihr Einkommen zunächst geschmälert sahen, erst später wieder auf ihre Rechnung“.

Das Krankenhaus-Finanzierungsgesetz, wie es jetzt in Bonn geplant ist, könnte allenfalls dazu taugen, einige der größten Systemmängel zu beheben. Kaum ein Politiker in Bonn und nur die wenigsten Vertreter des konservativen Ärztestandes aber wagen es schon, das mutmaßliche Endziel aller Reformen, wenn sie Erfolg haben sollen, beim Namen zu nennen. Der Heidelberger Krankenhaus-Kritiker Professor Schaefer tat es: „Vergesellschaftung des Gesundheitswesens.“

Er wurde dafür, nach eigenem Bekunden, von seinen Kollegen als „Verräter der ärztlichen Standespolitik“ gerügt. Doch der Heidelberger Physiologe und Sozialmediziner beharrte auch im Gespräch mit Ärztesfunktionären auf seiner Meinung, „jede andere Form der gesundheitlichen Betreuung“ werde in Zukunft auch in westlichen Ländern „nicht mehr praktikabel sein“.

Und bei nicht wenigen dieser Gespräche mit den Standespolitikern in Weiß machte er die Erfahrung: „Unter vier Augen stimmen sie einem zu.“

che Lage im deutschen Gesundheitswesen nicht die Ursache, sondern eine Folge seiner veralteten Organisation ist“.

Ob und welche Reformen durchzusetzen seien, wird einstweilen jedem einzelnen Bundesland überlassen bleiben. Denn die Bundesregierung hat vorerst keine rechtliche Handhabe, die inneren Strukturen des Krankenhauswesens zu verändern. Aber die ärztlichen Standesorganisationen sind es vor allem, die jeden Ansatz zu zentralem Dirigismus im Krankenhaus attackieren — wenn ihre finanziellen Interessen dabei auch nur geringfügig geschmälert würden.

Wütende Angriffe hat sich vor allem der Hanauer Landrat Martin Woythal zugezogen, seit er das vom überkommenen System bislang am weitesten abweichende Klinik-Modell propagiert — das klassenlose Krankenhaus.

Klassenlos soll nach Woythal bedeuten, daß Kassen- wie Privatpatienten in der Regel nach derzeit üblichem Zweiter-Klasse-Standard in Zweibettzimmern (im Bedarfsfall auch in Ein-