



# Geld oder Leben

Was hat in Krankenhäusern Vorrang – der Profit oder die Patienten? Einladung zu einer überfälligen Debatte

VON HEIKE FALLER UND CHRISTIANE GREFE

Diese Worte kennt jeder Arzt: »Ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden ...« So steht es in jenem berühmten Eid aus der Antike, der nach dem griechischen Arzt Hippokrates benannt ist. Heute, 2500 Jahre später, schwören Mediziner zwar nicht mehr bei den Göttern Apollon und Asklepios. Doch die wichtigsten Gedanken dieser Ethik gelten noch immer: das Primat des Patientenwohls. Die Schweigepflicht. Das Euthanasieverbot. Oder das *primum non nocere*: das Gebot, einen Eingriff eher zu unterlassen, als künftige Beeinträchtigungen, gar den Tod zu riskieren.

Aber Papier ist geduldig, und in den Widersprüchen des Alltags verlieren sich die Ideale allzu oft. Wie groß der Leidensdruck vieler Ärzte mittlerweile ist, belegt die Flut von Leserbriefen, die uns nach Erscheinen unserer Titelgeschichte *Das Ende der Schweigepflicht* (ZEIT Nr. 21/12) erreichte. Darin hatten Ärzte aus dem Alltag ihrer Krankenhäuser berichtet und geklagt, wie sie immer häufiger in den Interessenskonflikt zwischen dem Wohl der Patienten und den Gewinnerwartungen ihres Hauses gerieten. Bericht wurde von unnötigen Therapien, die aus finanziellen Gründen angeordnet wurden, oder davon, dass Kliniken Patienten nicht gehen ließen, für die es lukrative Pauschalen zu kassieren gab.

Die Ärzte und Ärztinnen, die uns diese Fälle erzählten, hatten anonym bleiben wollen. Nur so schien es ihnen möglich, weiter zu arbeiten, ohne vom Arbeitgeber oder von geschädigten Patienten verklagt zu werden. Doch das überwältigende Echo, das die Berichte auslösten, macht klar: Die bitteren Erfahrungen sind keine Einzelfälle. Auch die Mehrheit unserer Leserbriefschreiber, darunter viele Ärzte, beklagte, dass in deutschen Krankenhäusern ein brutaler Verteilungskampf tobt, bei dem das Überleben des Hauses immer wieder Vorrang hat vor einer adäquaten Behandlung der Patienten.

## Bleibt der Patient zu lange – weil er alt ist oder gebrechlich –, zahlt die Klinik drauf

Ein entscheidender Grund liegt im veränderten Finanzierungssystem von Krankenhäusern und Arztpraxen. Seit 2003 bekommen die deutschen Kliniken keine Tagessätze mehr. Sie werden nach Fallpauschalen bezahlt, die sich aus der Einlieferungsdiagnose errechnen. Für eine künstliche Hüfte gibt es eine andere Pauschale als für einen Herzinfarkt. Wenn die Patienten länger bleiben müssen, als es die einkalkulierte Verweildauer vorsieht – weil sie alt und gebrechlich sind oder weil es Wartezeiten bei den Untersuchungen gibt –, dann geht die längere Liegezeit zulasten des Krankenhauses.

Das ist ein Anreiz, schneller zu arbeiten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer wurde zwischen 2000 und 2010 um zwei Tage auf 7,8 Tage verkürzt.



TITELGESCHICHTE

## GESUNDHEIT

Krankenhäuser werden heute wie Unternehmen geführt, sie wetteifern um Patienten und lukrative Therapien. Da bleiben die Interessen der Kranken leicht auf der Strecke (**diese Seite**). Fünf Insider schildern, wie es hinter den OP-Türen zugeht, und entwerfen ein Manifest für eine menschliche Medizin (**Seite 32/33**)

Das trug dazu bei, dass die Krankenhausaufgaben in Deutschland seit Jahren stabil bleiben, obwohl die Bevölkerung älter wird und der medizinische Fortschritt neue Möglichkeiten bietet.

Zugleich sorgte die Pauschalabrechnung dafür, dass die Effizienz von Krankenhäusern vergleichbar wurde und sich der Wettbewerb der Kliniken erhitzte. Wer es nicht schafft, wirtschaftlich zu arbeiten, der kann nun überführt werden – und wird früher oder später fusioniert, privatisiert oder geschlossen.

In den vergangenen Wochen haben die niedergelassenen Ärzte für höhere Honorare gekämpft. Auch in Arztpraxen werden Leistungen unterschiedlich vergütet, und hinter dem Streit mit den Krankenkassen steht der Unmut vieler Mediziner über das Abrechnungssystem. Welche Leistungen werden bezahlt, und hinter dem Streit mit den Krankenkassen steht der Unmut vieler Mediziner über das Abrechnungssystem. Welche Leistungen werden bezahlt, und hinter dem Streit mit den Krankenkassen steht der Unmut vieler Mediziner über das Abrechnungssystem.

In den Kliniken aber hat die Steuerung über Fallpauschalen besonders drastische Folgen: Die Krankenhäuser suchen sich oft die lukrativsten Patienten oder Prozeduren heraus (»Cherry Picking«). Der Anreiz ist gestiegen, das Lohnswerte – aufwendige Operationen – häufig zu tun und das Notwendige zu vernachlässigen, etwa das Gespräch mit den Patienten. Ältere und gebrechliche Menschen werden entweder gar nicht erst aufgenommen oder zu früh nach Hause geschickt, wenn die Kosten ihrer Behandlung die Fallpauschale übersteigen (»blutige Entlassung«). Dabei entstehen am Ende womöglich noch höhere Kosten, die von anderen Systemen getragen werden. Aber das Krankenhaus erscheint auf dem Papier wirtschaftlicher.

Die Arbeit in den Häusern hat sich bis in den letzten Winkel verändert. Pfleger sehen schon an Farbmarkierungen im Computersystem, ob ein Patient die Grenzverweildauer überschritten hat und zum Minusgeschäft geworden ist. Pfleger und Ärzte verbringen viel mehr Zeit am Rechner. Chef- und Oberärzte werden über Bonusverträge an betriebswirtschaftlichen Zielen beteiligt, die auch im Widerspruch zur angemessenen Behandlung stehen können. Krankenhäuser würden heute geführt »wie Industrieunternehmen«, bemängelte jüngst die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Krankheiten würden »zur Ware, Ärzte zu Anbietern und Patienten zu abgerechneten Fällen«.

Natürlich sitzen nicht in allen Klinikleitungen Spekulanten, und schon gar nicht arbeiten alle Ärzte fahrlässig oder rücksichtslos. Die Mehrheit versorgt die Kranken weiterhin professionell und verantwortungsvoll. Aber der Patient kann sich nicht mehr sicher sein, ob der Arzt, der ihn berät, wirklich nur seine Heilung im Sinn hat.

Nun könnte man sagen: Das ist doch nicht neu. In der Geschichte der Medizin gab es – allen Eiden zum Trotz – stets Quacksalber und Scharlatane, die nur aufs Geldverdienen aus waren. Und in modernen Krankenhäusern ging es neben der Genesung

stets auch um Profit: Zur Zeit der Tagessätze behielt man Patienten gern ein paar Tage länger als notwendig da, um die vorhandenen Betten auszulasten. Privatpatienten laufen immer schon Gefahr, dass nicht nur zu viel auf ihre Rechnung gesetzt, sondern auch zu viel gemessen, durchleuchtet, operiert und verordnet wird.

Doch offensichtlich erhöhen die neuen Rahmenbedingungen das Risiko, dass mehr auf die Unternehmensziele des Krankenhauses als auf das Wohl der Patienten geachtet wird. Das geschieht oft ganz unbewusst, weil sich schon eine entsprechende Unternehmenskultur entwickelt hat. Ärzte folgen kritisch den Weisungen ihres Ober- oder Chefarztes, weil sonst die eigene Karriere gefährdet wäre.

## Die Ärzte selbst fordern inzwischen einen deutlichen Kurswechsel

Mittlerweile aber regt sich Widerstand. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin stellte sich im Juli gegen »Fehlentwicklungen durch falsche Anreize«. Bonusverträge, die höhere Fallzahlen oder Umsätze belohnen, könnten Ärzte zu »großzügigen Indikationsstellungen« verleiten und »korrupterbar« machen, heißt es in der Stellungnahme der DGIM. Berufsanfänger erlernten eine »falsche Priorisierung ärztlicher Tätigkeiten«. Das betriebswirtschaftliche Denken vermindere »in erheblichem Maße die Möglichkeiten der Anteilnahme und der geduldgigen Zuwendung«. Die DGIM fordert einen deutlichen Kurswechsel. Doch solche Reformen dauern, und bis dahin stellt sich die Frage: Ist das alles noch mit dem Berufsethos des Arztes vereinbar?

Gerade Ärzte haben zu allen Zeiten großen Wert auf die Selbstverpflichtung ihres Standes gelegt. So wurde der hippokratische Eid nach dem Zweiten Weltkrieg vom Weltärztebund zeitgemäß neu formuliert. Dieses »Genfer Gelöbnis« betont ausdrücklich, dass Ärzte ihre Patienten unabhängig von sozialer Stellung, Geschlecht oder ethnischer, konfessioneller und politischer Zugehörigkeit behandeln und ihre medizinischen Kenntnisse auch unter Drohung nicht »in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit« anwenden sollen. Der Text ist in Deutschland der Berufsordnung vorangestellt.

Von Bonusverträgen ist im Genfer Gelöbnis noch keine Rede. Darum geht es in einer *Charta of Medical Professionalism*, die von europäischen und amerikanischen Ärzten erarbeitet und 2002 veröffentlicht wurde, aber in Deutschland wenig bekannt und nicht verpflichtend ist.

Braucht es also für das Arbeiten in Krankenhäusern und Praxen einen neuen Eid? Ein Gelöbnis, das Ärzten Standfestigkeit und Patienten Sicherheit gibt? Wir haben einen ehemaligen Chefarzt, einen Notarzt, eine Krankenschwester, eine Chirurgin und einen Medizinerthiker eingeladen, über diese Fragen zu diskutieren. Das Ergebnis finden Sie auf den folgenden Seiten.

## HAUTKREBS

### Geröstetes Schwein

Rufmord an der Wissenschaft? Nein, eine Gesundheitskampagne

Auf den ersten Blick war die Täuschung gut gemacht. Was da unter der Webadresse <http://46.245.180.132> im Netz zu sehen war, hätte tatsächlich ein geleakter Forschungsbericht sein können. Die Bilder waren jedenfalls empörend: Sie zeigten ein Schwein in einem Versuchslabor, das von Männern in blütenweißen Kitteln bei lebendigem Leib mit einer UV-Lampe geröstet wurde. Seine Haut warf rote Blasen, das Tier krümmte sich jämmerlich. »Schmerzäußerungen« und »offene Wundbildung« verzeichnete das danebenstehende Versuchsprotokoll, das sich wie durch Zufall ebenfalls im Netz fand.

Ein besonders herzloses Tierexperiment? Ein weiterer Beweis für die Skrupellosigkeit der modernen Wissenschaft? Oder eine Inszenierung von radikalen Tierschützern? Weit gefehlt. In Wirklichkeit handelte es sich um eine gut gemeinte Kampagne der Deutschen Krebshilfe.

Mithilfe der Werbeagentur Jung von Matt wollte die Krebshilfe vor allem Jugendliche über das Risiko von Hautkrebs aufklären. Schließlich sterben jedes Jahr in Deutschland rund 3000 Menschen an dessen Folgen. Und 167 000 Jugendliche unter 18 Jahren zieht es laut Krebshilfe ins Solarium – obwohl Minderjährige diese Art von Schönheitspflege seit 2009 verboten ist. Diese junge Zielgruppe sollte durch die frei erfundene Schweinequäl-Webseite aufgedreht werden. Via Facebook und Twitter würde sich die Botschaft per viralem Marketing im Internet verbreiten, die Jugendlichen wären geschockt – und würden danach ernsthaft über ihr eigenes Hautkrebsrisiko diskutieren. So stellten sich die Herren bei der Krebshilfe die Sache vor.

Ein glorioser Irrtum. Zwar wurde der Link verbreitet und kräftig diskutiert. Allerdings ging es dabei nicht – wie von der Krebshilfe erhofft – um die Schädlichkeit künstlicher UV-Bestrahlung, sondern vielmehr um die Frage, ob dieser Versuch echt sein könne oder ob es sich um einen Hoax handle; und darum, ob Wissenschaftlern diese Art von Tierversuchen wirklich zuzutrauen sei.

Dabei agieren die Forscher im Film völlig stümperhaft und quälen ein Tier ohne erkennbaren Zweck, denn die schädliche Wirkung von UV-Strahlen ist längst bewiesen. Eine schlechtere Imagekampagne für die Wissenschaft ist kaum vorstellbar.

Doch die Vertreter der Deutschen Krebshilfe klopfen sich auch noch selbst auf die Schulter: »Mit dieser Aktion werden wir die Leute wachrütteln«, schwärmt Hauptgeschäftsführer Gerd Nettekoven auf [rosi-hat-schwein-gehabt.de](http://rosi-hat-schwein-gehabt.de). Millionen Menschen hätten das Video gesehen, die Aktion sei ein voller Erfolg gewesen.

Hat Nettekoven sich vom Werbeschwätz von Jung von Matt einwickeln lassen? Fakt ist: Von den geschminkten Wunden auf der Haut des Schweins zog bei Facebook und Twitter niemand die Verbindung zum eigenen Solariumbesuch. In den Diskussionen im Netz ging es nie um Hautkrebs. Dafür rückte die Kampagne ganz offenbar wissenschaftliche Forschung in ein falsches Licht. Eine Institution, die auf die Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern angewiesen ist, hätte so etwas nicht zulassen dürfen.

Vielleicht liegt der Flop ja auch nur daran, dass niemand das Schwein zurate gezogen hat. LAURA HENNEMANN

## Glück und Glotze

Laut dem *Glücksatlas 2012* ist die »Lebenszufriedenheit« in Deutschland in einem »klaren Aufwärtstrend«. Hurra! Endlich gute Nachrichten in krisengeschüttelten Zeiten. Doch auf Seite 70 des frohgemuten Werkes kommt man ins Grübeln. Dort geht es um das »Vertrauen

in Institutionen«. Und darum steht es schlecht. HALB WISSEN

Nur jeder Siebte traut den politischen Parteien über den Weg. Gerade mal ein Drittel der Deutschen hält die Bundesregierung für glaubwürdig; kaum besser weg kommen Kirchen und Gewerkschaften. Echtes Zutrauen genießen dagegen Rechtsstaat, Polizei, Bundeswehr – und das Fernsehen! Dem Geflimmer auf der Mattscheibe glauben angeblich sogar zwei Drittel der Deutschen, doppelt so viele wie ihrer Regierung. Ausgerechnet die größte Illusionsmaschine als Fels in der Brandung der Ungewissheit? Der *Glücksatlas 2012* wird von der Deutschen Post herausgegeben. Der können Sie glauben – vertrauen Sie uns. BEL

# »» Klappe halten und wegsehen ««

So kennen sie den Alltag im Medizinbetrieb. Sie haben erfahren, dass manchmal der Profit wichtiger als das Wohl des Patienten ist. Ein Gespräch über das, was sich in Krankenhäusern ändern muss

**DIE ZEIT:** Einige von Ihnen haben uns Leserbriefe geschrieben, in denen Sie die Folgen eines durchökonomisierten Klinikalltags beklagen. Können Sie Beispiele erzählen?

**Ursula Stüwe:** Ich kann Ihnen eines aus meiner Familie nennen: Da bekam eine junge Frau ein Kind, das kurz nach der Geburt in die Kinderklinik verlegt wurde, zur Überwachung wegen angeblicher Herzgeräusche. Dort sollte es für 48 Stunden bleiben, obwohl es keinen krankhaften Befund gab. Die Eltern waren natürlich total beunruhigt. Ich fragte die Ärztin, ob Ihre Entscheidung vielleicht etwas mit der Mindestverweildauer zu tun habe. Wenn diese nicht eingehalten wird, gibt es weniger Geld von der Kasse. Und in der Tat: die Kollegin konnte keinen medizinischen Grund nennen.

**Susanne Sänger:** Man hört im Arbeitsalltag ständig den Satz: Das machen wir jetzt so, sonst bekommt die Abteilung kein Geld. Zum Beispiel, wenn ein Rückenpatient zur Schmerztherapie in der Chirurgie aufgenommen wird und dort bleibt, obwohl seine Befunde eher auf eine urologische Erkrankung hindeuten.

**ZEIT:** Sie behaupten also, dass in diesen Fällen betriebswirtschaftliche Ziele der Klinik den Vorrang vor dem medizinisch Angebrachten haben?

**Urban Wiesing:** Ich wäre da vorsichtig. Das sind Einzelfälle, bei denen Sie schlecht nachweisen können, dass es um ökonomische Einflüsse geht. Medizin ist nun einmal uneindeutig, sie fordert komplexe Entscheidungen, die können Sie nie mit mathematischer Exaktheit fällen.

**Paul Brandenburg:** Aber in diesem Graubereich wird tendenziell das gemacht, was vom Haus gewünscht wird.

**Wiesing:** Ich glaube trotzdem, dass wir nicht auf Einzelfälle schauen sollten, sondern auf die generelle Frage: Werden falsche Entscheidungen getroffen, weil es seit einigen Jahren Fallpauschalen gibt, die bestimmte Prozeduren besser honorieren als andere? Machen wir deswegen in Deutschland insgesamt zu viel? Führt das Anreizsystem zum Beispiel dazu, dass zu viel operiert wird?

**Brandenburg:** Orthopäden sagen immer so schön, wenn man nur einen Hammer hat, sehen viele Probleme aus wie ein Nagel. Was man sicher sagen kann, ist, dass es bestimmte Moden gibt. Im Moment werden beispielsweise komplexe Herzfrequenzanalysen besonders gut honoriert. Und siehe da, die steigen. Oder: In kaum einem anderen Land wird so viel katheterisiert wie in Deutschland. Es gibt Kliniken, die man als Notarzt vermeidet, weil man genau weiß: Wenn sich dort der Patient einmal an die Brust fasst, kriegt er prompt einen Herzkatheter. Das ist ein Eingriff, der Leben retten kann. Aber es gibt eben auch Risiken. Da wird ein Schnitt in die Leistenarterie gemacht und dann ein Draht bis zum Herzen geführt. Und natürlich kann es da Komplikationen geben, man kann die Gefäße beschädigen, man kann allergische Reaktionen verursachen, man kann sogar einen Herzinfarkt auslösen.

**ZEIT:** Und deshalb kommt es vor, dass Sie als Notarzt entscheiden: Diese Klinik fahre ich nicht an, dort bekommt der Patient vielleicht einen unnötigen Eingriff?

**Brandenburg:** Ja. Man kann sich beispielsweise sicher sein, dass eine vierzigjährige Frau, die fit und schlank ist und gerade Psychostress hat, höchstwahrscheinlich keinen Herzinfarkt hat, wenn sie ein Engegefühl in der Brust verspürt. Da entscheide ich mich als Notarzt manchmal gegen Klinik A, weil ich weiß, da heißt es gleich: durchfahren zum Herzkatheter.

**ZEIT:** Vielleicht besser, als eine Krankheit unentdeckt zu lassen?

**Brandenburg:** Schon – andererseits gibt es Studien, nach denen bis zu einem Prozent aller Behandelten an diesem Eingriff sterben.

**ZEIT:** Wie bitte?

**Brandenburg:** Natürlich ist diese scheinbar hohe Zahl auch der Tatsache geschuldet, dass die Patienten in der Regel schwer krank sind – es gibt also keinen Grund, Angst vor einer solchen Unter-

suchung zu haben. Aber die Indikation muss eben sorgfältig gestellt werden.

**ZEIT:** Und das wird sie nicht?

**Wiesing:** Wir beobachten in den vergangenen Jahren tatsächlich eine Zunahme bestimmter Eingriffe, die wir nicht medizinisch erklären können, auch nicht mit der älter werdenden Bevölkerung. Wir sind Weltmeister im Katheterisieren, bei Endoprothesen – dabei leben wir überhaupt nicht länger als andere Nationen.

**ZEIT:** Haben Sie auch schon selbst Entscheidungen getroffen, von denen Sie sagen würden: Da hab ich mich zu sehr von ökonomischen Kriterien leiten lassen?

**Brandenburg:** Ganz ehrlich? Ja, das ist so. Ich würde allerdings für mich und die meisten meiner Kollegen in Anspruch nehmen, dass das ausschließlich in Bereichen passiert ist, wo es dem Patienten nicht geschadet hat. Im Rettungswesen, das ist ein offenes Geheimnis, ist der Großteil der Fahrten völlig unsinnig. Trotzdem wird der Patient fast immer transportiert. Warum? Weil es Geld gibt. Der Rettungsdienst hat nach meiner Erfahrung meist die klare Order vom Wachleiter: Wenn ihr dahin fahrt, nehmt ihr den mit.

**Michael Scheele:** Ein anderes Beispiel: Ein Kreißsaal ist irgendwann mal überlastet. Wenn das Krankenhaus dennoch weitere Schwangere annimmt, hat das oft auch einen ökonomischen Hintergrund. Es kam zum Beispiel schon vor, dass Zwillinge auf der Station im Badezimmer zur Welt kamen. Natürlich steht dort nicht das ganze Equipment eines Kreißsaals zur Verfügung. Da kämpft man als Chefarzt ständig mit der Grenze: Was ist wirklich nicht mehr verantwortbar, und was müssen wir machen? Wir brauchen schließlich Geburten.

**Wiesing:** Das ist sicher nicht schön, Herr Scheele, aber wir müssen uns auch darüber im Klaren sein, dass die Mehrheit der Weltbevölkerung froh wäre, wenn sie überhaupt so ein Badezimmer hätte. Also, da wäre ich etwas zurückhaltender. Aber das laut der Techniker Krankenkasse 80 Prozent der Rückenoperationen überflüssig sind: Das ist für mich ein Skandal. Oder dass es mittlerweile eine Gruppe von ehemaligen Knieoperatoren gibt, die sich zusammengeschlossen haben, um Patienten eine Zweitmeinung zu geben, weil sie finden, es werde zu viel am Knie operiert: Das ist doch genauso gut ein Skandal. Ebenso, dass wir in Europa die größte Dichte an Herzkathetern haben, aber nicht herzgesünder sind.

**Sänger:** Ich denke jedenfalls, dass man sich, wenn man ein Krankenhaus betritt, darüber im Klaren sein muss, dass die medizinischen Entscheidungen der Ärzte von ökonomischen Gesichtspunkten beeinflusst sein können. Als Patient kann ich nicht ohne Weiteres davon ausgehen, dass die Entscheidung so ausfällt, wie es für mich das Beste wäre.

**ZEIT:** Warum machen Sie als Ärzte da mit? Keiner kann Sie zwingen, unnötige Behandlungen vorzunehmen ...

**Stüwe:** Ich bin seit 1965 in deutschen Krankenhäusern tätig, insofern überblicke ich viele Jahre. Die Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2003 war für mich tatsächlich der Wendepunkt. In einer mir bekannten Klinik wurde damals beispielsweise ein neuer Operationstrakt eingerichtet, der sollte sich natürlich rentieren. Da setzen sich dann die Ökonomen hin und rechnen aus: Wenn man pro Tag etwa 35 Gallen operiert, dann ist der neue Trakt rentabel. Das wird auch den Ärzten so kommuniziert. Damit beginnt der Konflikt zwischen Ökonomie und Medizin. Denn Gallen wachsen ja

nicht auf Bäumen. Die Folge: Unklare Oberbauchbeschwerden bei vorhandenem Gallenstein führen dann eben etwas schneller zur Operation.

**ZEIT:** Aber irgendjemand muss ja die Indikation stellen. Wie bringt man Ärzte dazu?

**Brandenburg:** Sagen wir, eine Klinik hat sich gerade zum Darmexzellenzzentrum erklärt. Der Chefarzt weiß: Er muss jetzt soundso viele Betten mit Patienten zur stationären Darmspiegelung belegen. Der Oberarzt kennt die Zielzahlen, und der Assistent erfährt vom Oberarzt, was gewünscht wird. Unter vier Augen wird klar gesprochen. Dann heißt es: Hör zu, wir haben hier Vorgaben, wir brauchen X-hundert Darmspiegelungen, die müssen reinkommen. Der Assistent weiß auch: Wenn ich dem Oberarzt noch einen Patienten zuspiele, steigen meine Chancen, dass ich die Untersuchung machen darf, die ich für meine Weiterbildung brauche. Und weil man eine Problematik meistens unterschiedlich deuten kann, tendiert man vielleicht zu einer invasiven Diagnostik, die man in manchen Fällen auch durch Abwarten und

nicht die notwendigen, sondern die finanziell erfolgreichen. Die Politik wagt es aber nicht, inhaltlich einzugreifen, sondern sie macht einen Überlebenswettbewerb über Rentabilität. Das ist der politische Hauptgrund. Das geht beim Bürgermeister los, der nicht wiedergewählt wird, wenn er sein Krankenhaus schließt. Und das hört bei den Wählern auf, die vor Ort behandelt werden wollen.

**Brandenburg:** Aber wir sind ja nun mal alle nicht aus der Politik, und die Frage ist doch: Warum machen wir es mit? Warum halten die Ärzte alle die Klappe?

**Scheele:** So einfach ist das nicht.

**ZEIT:** Wieso nicht?

**Scheele:** Ich war seit 1995 Chefarzt in einem Perinatalzentrum Level 1, also einer Geburtshilfe, die auf höchste Risiken ausgelegt ist. Die Geschäftsleitung wollte offene Schichten mit Honorarärzten besetzen; das sind Ärzte, die keine festen Verträge haben und kurzfristig einspringen. Es wurde dann eine Kollegin engagiert, die noch nie bei uns gear-

**Scheele:** Ich darf das juristisch nicht in einen Zusammenhang stellen, aber Arbeitgeber wissen ja, wie sie unliebsame Mitarbeiter mübe kriegen. Solche Mitarbeiter haben eine schlechtere Verhandlungsposition bei der Stellenvergabe, der Ton in Verhandlungen wird feindselig, gleichzeitig wird einem vorgeworfen, nicht konstruktiv zu sein. Man verliert die ganze Arbeitsfreude. Das können Sie dann nur mit einem guten Anwalt und einem guten Coach überstehen. Irgendwann habe ich einer Vertragsauflösung zugestimmt.

**Wiesing:** Sind Sie sicher, dass bei Ihnen wirklich Patienten gefährdet gewesen wären?

**Scheele:** Ja. Wenn diese Kollegin uneingearbeitet auf einen Notfall getroffen wäre, dann wäre das schiefgegangen.

**Wiesing:** Vielleicht stellt sich dann die Klinikleitung eben stur und sagt: Wofür gibt es einen Facharzt-Titel?

**Scheele:** Natürlich kann eine Fachärztin eine einfache, normale Geburt betreuen, aber hier handelt es sich um Notfälle in einer Hochrisikogeburtshilfe,



Paul Brandenburg

Dr. Paul Brandenburg, 34, ist Facharzt für Allgemein- und Notfallmedizin. Seine Ausbildung zum Chirurgen hat er abgebrochen und ist in die Notfallmedizin gewechselt. Heute arbeitet er selbstständig für verschiedene Krankenhäuser

Ursula Stüwe

Dr. Ursula Stüwe, 65, war zunächst Krankenschwester und dann Chirurgin in einem kommunalen Krankenhaus in Wiesbaden. Von 2004 bis 2008 war sie Präsidentin der Landesärztekammer Hessen und Stellvertretende Vorsitzende der Ärztegwerkschaft Marburger Bund, Hessen

Urban Wiesing

Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing, 54, ist Arzt und Philosoph. Er leitet das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Tübingen

Susanne Sänger

Susanne Sänger, 51, arbeitet seit 23 Jahren als Krankenschwester, überwiegend auf chirurgischen Stationen

Michael Scheele

Dr. Michael Scheele, 61, war 16 Jahre lang Chefarzt in der Geburtshilfe eines städtischen Krankenhauses in Hamburg, das 2004 privatisiert wurde. Risikomanagement war einer seiner Schwerpunkte. Er schied 2011 aus und arbeitet seither als Gutachter. Im Deutschen Ärztetheater spielt er Geige

Beobachten hätte lösen können. Dabei ist die Prozedur der Darmspiegelung nicht ohne: In zwei von tausend Fällen wird dabei der Darm perforiert. Ohne dass die Klinikleitung in dem konkreten Fall den Eingriff angeordnet hätte.

**Wiesing:** Genau, Herr Brandenburg, das ist ganz wichtig. Kaum ein Geschäftsführer ist so töricht, zum Arzt zu gehen und sich direkt in medizinische Entscheidungen einzumischen.

**Scheele:** Einspruch. Es gibt Klinikdirektoren, die machen das. Ich kenne Beispiele, da staunen Sie.

**Wiesing:** Was ich sagen will, ist, dass das in der Regel subtil läuft. Zumal jeder Mitarbeiter ja selbst am Fortbestand des Krankenhauses interessiert ist.

**Scheele:** Das stimmt. Die Angst, das Haus könnte schließen, ist bei den Mitarbeitern allgegenwärtig. Wenn die Leistungszahlen sinken, dann wird das deutlich kommuniziert: Wir haben die Planzahlen nicht erreicht. Wenn das so weitergeht, müssen wir die Mittel kürzen.

**Wiesing:** Aber da muss man auch Ross und Reiter benennen. Jeder weiß, dass wir zu viele Krankenhäuser in Deutschland haben. Jeder weiß, dass wir einen Überlebenswettbewerb haben, der nicht über den medizinischen Nutzen läuft, sondern darüber, wer schwarze Zahlen schreibt. Das heißt: Die Häuser, die sich halten, sind nicht die guten,

beiter hat. Sie müssen sich vorstellen: Da kommt eine Ärztin in eine Nachtschicht, die total alleine ist, sich nicht auskennt und die dann in einer Risikogeburtshilfe vor Ort die Entscheiderin sein soll. Daraufhin habe ich protestiert, weil ich der Meinung war, dass ich damit meine Patienten gefährde. Abgesehen davon gibt es Leitlinien, in denen eindeutig steht, dass ein Chefarzt einen Facharzt nicht einsetzen darf, ohne zu überprüfen, ob dieser Mensch das auch kann. Deshalb habe ich eine zweiwöchige Einarbeitungszeit gefordert. Und da ist das passiert, was Sie nicht für möglich gehalten haben, Herr Wiesing: Der Klinikdirektor hat den Dienstplan angeordnet.

**Wiesing:** Das ist seine Aufgabe.

**Scheele:** Ja, aber aus fachlicher Sicht sage ich, der Dienstplan ist so nicht machbar, weil er Patienten gefährdet. Das ist meine Pflicht. Patienten sind wichtiger als Profit. Ich habe dann den Kreißsaal für diese Zeiten von der öffentlichen Notfallversorgung abgemeldet, worüber sich die Behörde bei der Klinikleitung beschwerte. Es kann nicht sein, dass der medizinische Sachverstand des Chefarztes vom Klinikdirektor überstimmt wird. Und wenn das so ist, muss der Chefarzt handeln. Über die Konsequenzen muss er sich allerdings im Klaren sein.

**ZEIT:** Was waren die Konsequenzen?

fe, wo man innerhalb von Minuten die richtige Entscheidung treffen muss. Das kann nur, wer die Erfahrung hat. Wenn jemand die Örtlichkeiten nicht kennt, nicht weiß, wen er ansprechen muss, dann geht das nicht – so wie sich ein Flugkapitän ja auch nicht in ein ihm völlig fremdes Flugzeug setzt. Deshalb fordern die Leitlinien eine Einarbeitungszeit. Damit kommen wir aber an einen entscheidenden Punkt: Wer entscheidet, was rechtens ist? Da gibt es eine Arbeitsgemeinschaft für Medizinrecht, die stellt Leitlinien auf. Die sind rechtlich aber nicht bindend, sagte mir der Klinikdirektor, als ich mich darauf berief. Wenn jedoch etwas schiefgeht und Sie als Chefarzt vor Gericht landen, werden Sie an den Leitlinien gemessen. Und dann können Sie auch nicht argumentieren, dass die Geschäftsführung sich nicht daran halten wollte.

**Wiesing:** Sie können sich aber auf die Berufsdorfung beziehen, in der explizit steht, dass ein Arzt sich nicht von Nichtärzten in seinen medizinischen Entscheidungen beeinflussen lassen darf.

**ZEIT:** Hat die Berufsdorfung, hat das Genfer Gelöbnis, in dem Sie in feierlichen Worten versprechen, das Patientenwohl über alles zu stellen, denn noch eine Bedeutung? Oder ist das einfach ein Stück Papier, das im Alltag keine Rolle spielt? Be-



»Es gibt Kliniken, die man als Notarzt vermeidet«, sagt der Arzt

rufsanfänger bekommen es ziemlich profan mit der Post zugeschickt ...

**Wiesing:** Letztlich ist das Gelöbnis ja die Präambel der Berufsordnung. Ich glaube, dass beide den Ärzten starke Argumente für ihre Entscheidungen bieten und dass darin auch ein Arztethos ausgedrückt ist, das im Kern unumstritten ist. Ich glaube nicht, dass wir die Berufsordnung neu schreiben müssen. Wir müssen uns daran erinnern.

**Brandenburg:** Allerdings muss man auch ein Umfeld haben, in dem das möglich ist, ohne sofort Repressalien zu bekommen.

**Scheele:** Was mir in der Tat gefehlt hat, war die Solidarität der anderen Chefarzte.

**Wiesing:** Also, liebe Chefarzte: Habt Mut, euch des Berufsethos zu bedienen!

**Brandenburg:** Vergessen Sie es. Im Gegenteil, wir haben in der Ärzteschaft eine besonders ausgeprägte Kultur des Klapphaltens und Wegsehens.

**ZEIT:** Woher rührt diese Kultur, die Sie da sehen?

**Brandenburg:** Der Arztberuf ist von Anfang an ein Verdrängungswettkampf. Ich muss dem Chef ge-

arbeiten. Das ist übrigens kein seltener Weg: Wer in diesen Hierarchien nicht mehr arbeiten will, endet außerhalb der Klinik, als Honorararzt oder niedergelassener Arzt. Viele von denen, die bleiben, schalten dagegen irgendwann das kritische Reflektieren aus und erwarten das später auch von ihren Untergebenen.

**ZEIT:** Was müsste sich strukturell ändern?

**Brandenburg:** Evaluiert die Weiterbildung, macht die Ausbildungskriterien auch für den Weiterbildner verbindlich, und schafft unabhängige Instanzen, die diesen prüfen können.

**Stüwe:** Die Ärztekammern müssten sich unbeliebt machen und zum Beispiel die Kataloge, die von den Assistenten vorgelegt werden, nachprüfen. Im Moment geschieht das nur stichprobenartig.

**ZEIT:** Herr Scheele, was hätte Ihnen, außer mutigeren Kollegen, denn geholfen, sich an Ihre Berufsordnung zu halten, ohne einen so hohen persönlichen Preis zu zahlen?

**Scheele:** Wenn es beispielsweise ein Gremium gegeben hätte, das in Kenntnis der Lage gesagt

**Wiesing:** Ich wäre da nicht so pessimistisch. In der heutigen Arbeitswelt ist Supervision keine Seltenheit. So etwas Ähnliches wäre das ja hier: Wir wenden uns einer dritten Person zu, stellen uns neben das Problem und berichten.

**ZEIT:** Der Interessenkonflikt zwischen Arzt und Klinikleitung ist inzwischen oft internalisiert. Viele Chef- und Oberärzte sind über Bonusverträge selbst am wirtschaftlichen Erfolg des Hauses beteiligt.

**Wiesing:** Die Frage ist, welche Boni akzeptabel sind. Meiner Meinung nach gibt es viele unschädliche Anreize: Wenn der Chefarzt es schafft, die Wartezeiten für Patienten zu reduzieren, dann ist das in Ordnung.

**Stüwe:** Die Forderung wäre ganz einfach: keine Boni, die auf Fallzahlsteigerungen gründen. Man kann Boni für die Patientenzufriedenheit bekommen oder für die Zufriedenheit der Weiterbildungsassistenten – aber nicht für die Steigerung der Fälle und dann mit fragwürdigen Indikationen den Patienten auf den OP-Tisch legen. Das hat

**Brandenburg:** Ja, jeder Patient sollte eine Rechnung kriegen. Nicht nur die Privatpatienten. Momentan kann ein gesetzlich versicherter Patient gar nicht wissen, welche Kosten er generiert. Ich sage dem Patienten, der sich nachts um vier wegen langjährig bestehendem Rückenschmerz abholen lässt: Wissen Sie, dass das 400 Euro gekostet hat? Die Privatpatienten kommen nicht so schnell, weil sie etwa 150 Euro erst mal selbst bezahlen müssen.

**Stüwe:** Warum fordert man keine Selbstbeteiligung, ähnlich wie bei Privatversicherten? Das kann man auch sozial gerecht gestalten.

**Scheele:** Stimmt – wobei man auch sagen muss, dass sich kein Arzt mehr traut, den Patienten ohne irgendeine Prozedur oder Tablette wieder nach Hause zu schicken.

**Sänger:** Wenn man das im Gespräch ausführlich begründet, akzeptiert der Patient das auch. Wir müssen an dieser Stelle aber über das Thema Zeit reden. In deutschen Krankenhäusern haben wir kaum Zeit für ein ausführliches Gespräch und stehen tagtäglich vor der Frage: Machen wir Papier- oder Patientenpflege?

**Wiesing:** Richtig, wir haben eine höhere Arbeitsverdichtung, sowohl beim Pflegepersonal als auch bei den Ärzten. Das hat aber auch Vorteile ...

**Brandenburg:** ... und die wären?

**Wiesing:** Jeder Arzt, der rumsitzt und nichts tut, wird bezahlt – das ist Verschwendung.

**Sänger:** Das ist aber lange her.

**Wiesing:** Dennoch: Früher gab es das. Und da haben die Ärzte und Schwestern in der freien Zeit keineswegs immer nur mit den Patienten gesprochen. Ich glaube, man muss den Arztberuf auf arzt-spezifische Tätigkeiten konzentrieren und die Ärzte und Pfleger von Bürokratie entlasten.

**Sänger:** Früher haben wir Schwestern jedenfalls nicht alle möglichen Dienstleister kontrollieren müssen. Und kam hat man sich mit einem eingearbeitet, wird der schon wieder ausgetauscht, weil ein anderer ein Angebot macht, das billiger ist – auf dem Papier.

**Brandenburg:** Oder die Schwestern teilen mittags Essen aus. Und niemand merkt, wenn einer aus dem Bett fällt.

**ZEIT:** Das heißt: zusätzliche Stellen?

**Wiesing:** Nein, aber differenzierte und angemessene Stellen.

**Sänger:** Wobei ich das Essenverteilen als pflegerische Tätigkeit ansehe. Als Schwester muss ich einen Überblick haben, ob und wie viel ein Patient ist und welche Hilfe er dabei benötigt.

**ZEIT:** Welche Tätigkeiten würden sie delegieren wollen, Frau Sänger?

**Sänger:** Putzen zum Beispiel. Ich bin der Meinung, dass eine Station von einer gewissen Größe eine ganztägig beschäftigte Putzfrau benötigt – gerade in Zeiten von resistenten Keimen.

**Brandenburg:** Oder einen Transportdienst! Stattdessen schieben Schwestern mit zwanzig Jahren Berufserfahrung Patienten durchs Krankenhaus.

**ZEIT:** Wir reden hier die ganze Zeit darüber, wie man sich innerhalb der Rahmenbedingungen besser arrangiert – wieso versuchen Sie nicht, daran etwas zu ändern? Müsstens die Krankenhausärzte nicht stärker politisch aktiv sein?

**Stüwe:** Das wäre schön. Die Ärzte haben sich die Fallpauschalen einfach überstülpen lassen. Viele haben sich halt auch gefreut, dass Abläufe effizienter wurden. Aber das Problem sollte nicht allein bei der Ärzteschaft hängen bleiben. Auch ein Krankenhausgeschäftsführer sollte die ethischen Ansprüche unseres Berufes kennen. Wenn die Ökonomen so viel von Medizin verstehen würden wie die Ärzte von Ökonomie, wäre die Kooperation sicher leichter.

## Manifest für eine menschliche Medizin\*

**1.** Ärzte und Ärztinnen befinden sich in einem Dauerkonflikt zwischen dem Wohl des Patienten und den wirtschaftlichen Zielen der Klinik. Wenn ein Arzt sich in einem konkreten Fall, seinem Gewissen folgend, gegen die Klinik stellt, darf er nicht allein gelassen werden. Ärztekammern sollen Ärzten, die sich gegen ökonomische Vorgaben der Klinik wenden, den Rücken stärken. Sie sollen Schiedsstellen einrichten, vor denen Konflikte ausgetragen werden können.

**2.** Ärzte und Ärztinnen ordnen sich zu bereitwillig ökonomischen und hierarchischen Zwängen unter und verlieren dabei mitunter das Wohl des Patienten aus dem Auge. Es gibt in deutschen Krankenhäusern eine Kultur des vorseilenden Gehorsams, die durch eine übermäßige Abhängigkeit der Assistenzärzte von Ober- und Chefarzten während ihrer Weiterbildungszeit gefördert wird. Deshalb sollen Weiterbildungskataloge für Chefarzte verbindlich gemacht werden. Die Ärztekammern sollen diese überprüfen.

**3.** Der vorrangige Zweck von Krankenhäusern ist es nicht, Renditeerwartungen zu befriedigen. Die Ökonomie soll der Medizin dienen, nicht umgekehrt. Bonusverträge, die ärztliche Entscheidungen beeinflussen, sind deshalb unethisch.

**4.** Ärzte und Pfleger verbringen zu wenig Zeit mit Patienten und zu viel Zeit mit Dokumentation und berufs-fremden Tätigkeiten. Ihre Arbeit soll von fachfremden Aufgaben entlastet werden.

**5.** Nicht nur Ärzte müssen die Ökonomie verstehen – Ökonomen müssen auch die medizinische Seite im Blick haben. Deshalb gehört zur Ausbildung von Gesundheitsökonomien ein Pflichtpraktikum auf Station.

**6.** Gesprächsschulung und Supervision sollen fester Bestandteil der Arbeit sein.

**7.** Auch Patienten können dazu beitragen, dass das Gesundheitssystem bezahlbar bleibt. Durch eine transparente Darstellung der in Anspruch genommenen Leistungen und durch Selbstbeteiligung können Kosten gespart werden.

\*Dieses Manifest haben die Teilnehmer des ZEIT-Gesprächs – Susanne Sänger, Ursula Stüwe, Paul Brandenburg, Michael Scheele und Urban Wiesing – gemeinsam formuliert. Es soll eine Debatte über das gegenwärtige Gesundheitssystem anregen.

Sie können sich auf [facebook.com/medizinermanifest](http://facebook.com/medizinermanifest) an der Diskussion beteiligen

fügtig sein, am besten in vorseilendem Gehorsam, sonst krieg ich meinen für den Facharzt notwendigen Operationsplan nicht voll. Das ist ein Weiterbildungssystem aus dem Mittelalter, ein absolutes Machtinstrument, mit dem der Weiterbildungsmächtigte den Assistenten völlig in seiner Abhängigkeit hält. Ein solcher Assistent kritisiert nichts in seinem Haus.

**ZEIT:** Was hätte er denn zu befürchten?

**Brandenburg:** In meiner Zeit als chirurgischer Assistenzarzt habe ich einmal kritisch nachgefragt, ob denn eine risikoreiche Leber-Lebenspende einer 30-jährigen Frau und zweifachen Mutter ethisch vertretbar sei. Die Leber sollte ihrem todegeweihten Ehemann transplantiert werden. Der Patient litt unter einem überaus bösartigen Tumor der Gallenwege, die Frau wollte eigentlich nicht spenden, ließ sich dann aber von ihrem verängstigten Mann zu der Operation drängen. Die verantwortlichen Chirurgen haben ihm diese prestigeträchtige Operation als realistische Heilungschance verkauft. Damals warnte mich ein wohlmeinender Oberarzt: Noch so eine Nachfrage – und du gehst.

**ZEIT:** Und? Sind Sie rausgefliegen?

**Brandenburg:** Ich bin auf eigenen Wunsch gegangen. Meine chirurgische Ausbildung habe ich irgendwann abgebrochen, um lieber als Notarzt zu

hätte. Das kann man so machen – oder eben nicht. Davon hätte ich mich ja womöglich überzeugen lassen.

**Brandenburg:** Ich finde, der Ruf nach Institutionen ist falsch. Es ist eine Kulturfrage, da muss ein Wandel kommen. In Ihrem Fall hätten alle, einschließlich der Assistenzärzte, aufstehen müssen und sagen: So geht das nicht, ohne uns.

**Scheele:** Es gab 35 Chefarzte in diesem Haus – und fünf haben für mich erkennbar zu mir gestanden; zwei unter Inkaufnahme persönlicher Nachteile. Der Rest hat geschwiegen.

**ZEIT:** Mutigere Ärzte einzufordern ist wohl so ähnlich, wie von Bankern Bescheidenheit zu verlangen. Was hätte Ihnen institutionell geholfen, Herr Scheele?

**Scheele:** Wenn ich einen Ansprechpartner gehabt hätte, an den ich mich hätte wenden können, ohne dass man mir den Vorwurf gemacht hätte, ich verrate Betriebsgeheimnisse.

**Stüwe:** Auch da müssten die Ärztekammern noch viel stärker in Erscheinung treten!

**Scheele:** ... und die Kassen hatten ja auch eine Zeitlang viel Geld und haben diese Einstellung gefördert.

**ZEIT:** Das heißt: Auch die Patienten tragen Verantwortung?

übrigens gerade auch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin gefordert. Da kann ich mich nur anschließen.

**Wiesing:** Also: kein Anreizsystem, das direkt oder indirekt die ärztliche Entscheidung beeinflusst! Die Ökonomie hat der Medizin zu dienen – nicht umgekehrt.

**Scheele:** Eigentlich eine Selbstverständlichkeit.

**ZEIT:** Das System der Fallpauschalen wurde ja eingeführt, damit die Krankenhauskosten nicht steigen. Wie soll man stattdessen sparen?

**Brandenburg:** Die Frage ist doch: Warum steigen die Kosten? Es sind ja nicht die wenigen schwer kranken Menschen auf den Intensivstationen, die das deutsche System so teuer machen. Es sind Lappalien: wenn Leute den Rettungsdienst rufen, weil ihr Kind gestolpert ist und einen blauen Fleck hat, und die dann im Krankenhaus noch eine Computertomografie verlangen. Was wir Krankenkasse nennen, ist auch ein Umlagesystem für die Folgen unserer überhöhten Anspruchshaltung.

**Stüwe:** ... und die Kassen hatten ja auch eine Zeitlang viel Geld und haben diese Einstellung gefördert.

**ZEIT:** Das heißt: Auch die Patienten tragen Verantwortung?

**ZEIT:** Wie wollen Sie das erreichen? Mit einem Pflichtpraktikum auf Station für die Controller?

**Stüwe:** Manche machen das ja freiwillig. So ein Praktikum gehört in die Ausbildung jedes Krankenhausökonomien.

**Wiesing:** Aber das ist doch wie in der Politik: Nicht jeder Verteidigungsminister muss im Krieg gewesen sein, nicht jeder Ernährungsminister einen Bauernhof geführt haben. Bei einer komplexen Rollenverteilung ist es nur wichtig, die Rolle richtig auszuführen.

**Stüwe:** Das Verständnis würde gefördert!

**Scheele:** Eine Kenntnis des ärztlichen Ethos wäre schon wichtig. Der Meister zeigt sich darin, dass er weiß, was er nicht kann.

**Wiesing:** Entscheidend ist, dass er sich nicht einmisch.

**ZEIT:** Einmal aus Sicht des misstrauischen Patienten gefragt: Was muss ich beachten, damit ich in einem Krankenhaus gut behandelt werde?

**Brandenburg:** Fragen Sie einen Arzt, der diese Prozedur nicht selbst durchführt! Gehen Sie im Falle einer Hüftoperation noch zu einem konservativen Orthopäden. Das bietet keine absolute Sicherheit, aber Sie haben zumindest den Faktor ausgeschaltet, dass der Arzt von Ihrer Operation profitiert.

**Wiesing:** Fragen Sie so lange, bis Ihr Fragebedürfnis gestillt ist. Und wenn eine Klinik nicht gewillt ist, Ihre Fragen zu beantworten, gehen Sie zur nächsten!

**Scheele:** Die Zeit dafür muss da sein. Und wenn sie nicht da ist, würde ich das als schlechtes Zeichen werten – vorausgesetzt, es geht um nichts Akutes. Sehr häufig fürchten die Patienten: Wenn ich aufsässig bin, rächen die sich an mir. Aber das muss man Ihnen zugestehen, Sie sind ja auch ein bisschen Kunde. Das muss ein Team aushalten. Das wäre übrigens noch eine Forderung: Gesprächsschulung.

**ZEIT:** Gibt es noch andere Anhaltspunkte für eine gute Klinik? Bin ich zum Beispiel in einem konfessionellen Krankenhaus sicherer als in einem öffentlichen oder privaten?

**Stüwe:** Grundsätzlich: Nein.

**Scheele:** Der gnadenlose Verdrängungskampf auf Kosten der Patienten tobt in jedem einzelnen Krankenhaus.

**Wiesing:** Es gibt in Deutschland keine objektiven Daten wie in anderen Ländern. Man kann dem

ANZEIGE

**Auf der Suche nach einem Job?**

Pädagogik & Soziales, Medizin & Gesundheit, Wissenschaft & Forschung

Neue Perspektiven auf: [www.zeit.de/jobs](http://www.zeit.de/jobs)

[www.zeit.de](http://www.zeit.de) ZEIT ONLINE

Das Gespräch führten HEIKE FALLER und CHRISTIANE GREFE

Haben Sie Informationen oder Dokumente, die Missstände im Gesundheitssystem belegen und von denen die Öffentlichkeit erfahren sollte? Schicken Sie diese über unseren »digitalen Briefkasten« an die Investigativ-Redaktion der ZEIT – anonym und vertraulich: [www.zeit.de/briefkasten](http://www.zeit.de/briefkasten)

Patienten nichts anderes empfehlen, als zu fragen, und wenn er sich nicht aufgehoben fühlt, wieder zu gehen.

**Scheele:** Reden Sie mit dem einweisenden Arzt. Der kennt die Krankenhäuser in seiner Umgebung. Fragen Sie ruhig: Wo würden Sie Ihre Mutter hinschicken?

Das Gespräch führten HEIKE FALLER und CHRISTIANE GREFE

Haben Sie Informationen oder Dokumente, die Missstände im Gesundheitssystem belegen und von denen die Öffentlichkeit erfahren sollte? Schicken Sie diese über unseren »digitalen Briefkasten« an die Investigativ-Redaktion der ZEIT – anonym und vertraulich: [www.zeit.de/briefkasten](http://www.zeit.de/briefkasten)

Das Gespräch führten HEIKE FALLER und CHRISTIANE GREFE

Haben Sie Informationen oder Dokumente, die Missstände im Gesundheitssystem belegen und von denen die Öffentlichkeit erfahren sollte? Schicken Sie diese über unseren »digitalen Briefkasten« an die Investigativ-Redaktion der ZEIT – anonym und vertraulich: [www.zeit.de/briefkasten](http://www.zeit.de/briefkasten)

Patienten nichts anderes empfehlen, als zu fragen, und wenn er sich nicht aufgehoben fühlt, wieder zu gehen.

**Scheele:** Reden Sie mit dem einweisenden Arzt. Der kennt die Krankenhäuser in seiner Umgebung. Fragen Sie ruhig: Wo würden Sie Ihre Mutter hinschicken?

Das Gespräch führten HEIKE FALLER und CHRISTIANE GREFE

Haben Sie Informationen oder Dokumente, die Missstände im Gesundheitssystem belegen und von denen die Öffentlichkeit erfahren sollte? Schicken Sie diese über unseren »digitalen Briefkasten« an die Investigativ-Redaktion der ZEIT – anonym und vertraulich: [www.zeit.de/briefkasten](http://www.zeit.de/briefkasten)

Das Gespräch führten HEIKE FALLER und CHRISTIANE GREFE

Haben Sie Informationen oder Dokumente, die Missstände im Gesundheitssystem belegen und von denen die Öffentlichkeit erfahren sollte? Schicken Sie diese über unseren »digitalen Briefkasten« an die Investigativ-Redaktion der ZEIT – anonym und vertraulich: [www.zeit.de/briefkasten](http://www.zeit.de/briefkasten)

Das Gespräch führten HEIKE FALLER und CHRISTIANE GREFE

Haben Sie Informationen oder Dokumente, die Missstände im Gesundheitssystem belegen und von denen die Öffentlichkeit erfahren sollte? Schicken Sie diese über unseren »digitalen Briefkasten« an die Investigativ-Redaktion der ZEIT – anonym und vertraulich: [www.zeit.de/briefkasten](http://www.zeit.de/briefkasten)

Das Gespräch führten HEIKE FALLER und CHRISTIANE GREFE

Haben Sie Informationen oder Dokumente, die Missstände im Gesundheitssystem belegen und von denen die Öffentlichkeit erfahren sollte? Schicken Sie diese über unseren »digitalen Briefkasten« an die Investigativ-Redaktion der ZEIT – anonym und vertraulich: [www.zeit.de/briefkasten](http://www.zeit.de/briefkasten)