Krankenhausarzt über Profitgier

"Wir verkaufen Operationen, weil es sich lohnt"

Die Coronakrise zeigt, was es im deutschen Gesundheitswesen hapert. Der Herzchirurg Ulrres Arunagirinathan prangert Missstände an: die schlechte Bezahlung des Pflegepersonals, die Zweiklassenmedizin – und Tricksereien bei der Abrechnung.

Von Bruno Schrep
08.02.2020, 14.04 Uhr

Ulrres Arunagirinathan: "Eigentlich müsste der Mensch im Mittelpunkt stehen"

Die schwer kranke Seniorin im Rollstuhl, 85 Jahre alt und dement, sollte eine neue Herzklappe bekommen. "Profitieren wird sie davon nicht", gab der Stationsarzt zu bedenken, auch sei das Risiko für Komplikationen sehr hoch. "Ich weiß", antwortete der Klinikchef, "aber haben Sie sich mal unsere Zahlen angesehen?"

"Es geht fast immer ums Geld", sagt der 42-jährige Herzchirurg Ulrres Arunagirinathan, genannt Ulrres, der solche Situationen immer wieder erlebt. Er praktiziert an mehr als zwölf Jahren, arbeitete in privaten und kommunalen Krankenhäusern, darunter drei Uniklinken. Derzeit steht er fast täglich im Operationssaal einer Bremer Einrichtung, erneuert Herzklappen, legt Bypässe, assistiert dem Chefarzt. Und kriegt ständig mit, wie Kostendruck, Sparzwänge und Gewinnstreben den Klinikalltag bestimmen, meist zulasten der Kranken.

Krankenhäuser, die ums Überleben kämpfen

In seinem Buch "Der verlorene Patient", das Mitte Oktober bei Knesebeck erschien, prangert der Mediziner wie allen anderen namhaften Profiteuren an, das sich seiner Auffassung im Medizinbetrieb nichts zu suchen hat. "Gesundheit ist kein wirtschaftlicher Gut und kein industrielles Produkt, das man beteiligten kann wie ein Auto oder einen Computer", mahnt er. Das Ziel, damit Gewinne zu machen, sei grundfalsch.

"Wir Ärzte müssen immer öfter nach Kriterien entscheiden, die nicht in unserem ärztlichen Ethos begründet, sondern gewinnorientiert sind."

Die mehr als 700 Privatkliniken in Deutschland basierten jedoch oft auf dieser fragwürdigen Grundlage. Und auch die rund 1200 staatlichen oder gemeinnützigen Krankenhäuser, häufig ums Überleben kämpfen, seien angehalten, möglichst schwarze Zahlen zu schreiben. Ergebnis: unnötige Operationen, überflüssige Therapien, unpersönliche Behandlung, Einsetzungen in Patienten ernter und zweiter Klasse.

Als Krankenhausarzt komme er sich oft vor wie ein Fließbandarbeiter, der im Schichtbetrieb bestimmte Handgriffe ausführen und passenten den Mond an halten habe. Sein Vorwurf: "Wir Ärzte müssen immer öfter nach Kriterien entscheiden, die nicht in unserem ärztlichen Ethos begründet, sondern gewinnorientiert sind."

Welche Rolle spielt die Lebensqualität?

In seiner Bremer Wohnung, direkt nach einem 24-stündigen Bereitschaftsdienst, erzählt er Beispiele, die er während seiner Ausbildung mitbekommen hat. Berichtet von dem schwer an Diabetes erkrankten Mann, dessen offenes Bein einfach nicht heilen wollte. Das Bein hätte täglich umfassend versorgt werden müssen – eine aufwendige Prozedur ohne Erfolgsgarantie. Der behandelnde Kollege habe deshalb kurzerhand die Amputation gewählt. "Das brachte mehr Geld als eine langwierige Behandlung", sagt Ulrres, "die Lebensqualität des Mannes spielte keine Rolle".

Bei dem 77-Jährigen, der ein Knietiefer bekommen sollte, sah selbst der Chefarzt aufgrund ethischer Vorerkrankungen ein sehr hohes Risiko bei geringer Lebenserwartung. Die hohle Operation wurde trotzdem gemacht. Die Verwechslung war zu groß, denn die Kasse des Privatpatienten zahlte astronomische die fälligen 200.000 Euro für die Diagnostik, das Knietherz, die Transplantation und die Nachbehandlung. Ulrres Fazit: "Wir verkaufen Operationen, weil es sich finanziell lohnt. Ob es dem Patienten nutzt, ist zweitrangig."

Solche Missstände kritisiert er in seinem Buch ebenso wie meinrandende und unsinnige Bürokratieverschriften, festgesetzte Hierarchien in den Kliniken und von Spannalbaltnern gespielte Diensplätze für Ärzte und Pflegepersonal. "Allein dieses Monat habe ich 40 Überstunden gesammelt", erzählt er, "das grenzt an Selbstausbeutung." Er schlafe schlecht, esse unregelmäßig, arbeite stündig unter enormem Druck, genau wie die meisten seiner Kolleginnen und Kollegen. Leidtragende auch die Patienten.

Zusammenfassung: die Patienten. Mit seinem Buch wolle er aufrütteln, es sei ein Weckruf für die Politiker, sich mehr mit Gesundheitspolitik zu beschäftigen und Veränderungen anzustoßen. Seine Forderung: "Das Thema muss im nächsten Wahlkampf eine Rolle spielen."

Corona wirkt wie eine Lupe

Das Coronavirus habe wie eine Lupe die bisher unsichtbaren Baustellen im Gesundheitswesen erkennbar gemacht. Personalmangel bei der Pflege und bei Ärzten zum Beispiel, außerdem die schlechte Bezahlung gerade für das Pflegepersonal. Jetzt sei durch die Pandemie das Augenmerk der Politiker und der Bevölkerung viel mehr auf die Gesundheitspolitik gerichtet als je zuvor. Diese Chance müsse man nutzen. "Man müsste jetzt, dass nichts wichtiger ist als Gesundheit."

Seine Stellung als Facharzt in Deutschland musste sich der Migrant aus Sri Lanka hart erarbeiten. Nach einer Odyssee über Singapur, Dubai, Ghana, Benin und Nigeria kam er mit 13 Jahren als unbegleiteter Flüchtling in die Brandenburgklinik, ohne Geld, ohne Sprachkenntnisse, aber mit dem Vorsatz, seine Eltern, die sich bei Schlepperin hoch verschuldet hatten, nicht zu enttäuschen. Ein entfernter Verwandter nahm ihn auf, während seiner Schulzeit drohte ständig die Abschiebung. Sein Medizinstudium verdiente er sich als Küchenhilfe, als Komparse, mit Jobs bei McDonald's und, sechs Jahre lang, als Pflegehelfer in einer Klinik. Inzwischen ist er längst Deutscher und promoviert.

"Ich bilde mich als Mensch zweiter Klasse."

Anfangs machten ihm Anspielungen auf seine dunkle Hautfarbe und seinen damaligen Status als geduldeter Migrant schwer zu schaffen. "Ich fühlte mich als Mensch zweiter Klasse", erinnert er sich,

"ich war nicht weiß, ich war nicht deutsch, ich war nichts wert." Er habe kämpfen müssen, um Teil dieser Gesellschaft zu werden. Kämpfen, um eine Wohnung zu bekommen. Kämpfen, um als Student und später praktizierender akzeptiert zu werden. Nicht aggressiv, sondern mit der Bereitschaft zum Dialog mit jedem: "Wenn mich jemand blöd ansmacht, rede ich mit ihm. Versuche, die persönliche Ebene zu erreichen, dass er sich irrt." Nicht immer, aber oft, helfe das. Inzwischen fühle er sich "ganz tief verwurzelt in diesem Land".

"Im Medizinbetrieb hat sich herumgesprochen, dass ich meine Klappe nicht halten kann."

Dabei ist es noch nicht so lange her, dass die Ulrres aus ihren deutschen Patienten verblüfft musterte und ungläubig fragte: "Sind Sie überhaupt ein richtiger Arzt?" Seine Erfahrungen mit Diskriminierung und Vorurteilen schildere er in seinem vor zweieinhalb Jahren erschienenen Buch "Der fremde Deutsche". Inzwischen reagiert er auf Anspielungen auf seine Hautfarbe mit Humor. Als er kürzlich in einem Krankenzimmer mit dem Satz begrüßt wurde "Da kommt ja unser Schwarzarbeiter", antwortete er gelassen: "Genau, und der nimmt Ihnen jetzt Blut ab, aber nur gegen Barzahlung."

Mehr zum Thema

Integration: Ist das ein richtiger Arzt, fragt das deutsche Ehepaar
Von Bruno Schrep

Dass einer wie er, statt dankbar für den Aufstieg zu sein, sich mit Kritik an den Öffentlichkeit wendet, sich in Betriebsräten und in der Gewerkschaft engagiert, stößt nicht nur auf Wohlwollen. Ein Vorgesetzter habe ihn einmal angeherrscht: "Was bilden Sie sich überhaupt ein. Sie können doch heilfroh sein, dass sie hier sind."

Tatsächlich macht er sich mit seinem Engagement auch Feinde. Ein Medizinbetrieb hat sich herumgesprochen, dass ich meine Klappe nicht halten kann", gesteht er. "In einer Stadt haben ich keine Stelle, obwohl ich mich datzendfach bewerben habe."

Manchmal habe er Angst, dass er durch seine Kritik bei Kollegen als Nestbeschmutzer missverstanden werde, dass seine Karriere Schaden nehmen könnte. "Aber das nehme ich in Kauf", erklärt er.

Als eine Ursache für steigende Ausgaben und Unregelmäßigkeiten im Klinikalltag nennt Ulrres ausgerechnet die Einführung der Fallpauschale, bei der von den Kassen ein Festpreis für eine bestimmte Behandlung – wie etwa eine neue Hüfte – bezahlt wird. In der Praxis führe dieses System nicht zu Einsparungen, wie ursprünglich gedacht, sondern zu Mehrkosten. Denn es werde getrickst: zulasten der Kassen und zum Nachteil der Patienten. Dennoch scheint keiner der Verantwortlichen die Reform korrigieren zu wollen.

Das System versagt

Ulrres kann mehrere Beispiele nennen, die veranschaulichen, wo und wie verheerend das System versagt.

Fall eins. Zwei kleine Eingriffe, die problemlos während eines Klinikaufenthaltes durchgeführt werden können, werden gespaltet. Nach der ersten OP wird der Patient erst mal wieder nach Hause geschickt, zur zweiten OP muss er kurz darauf wieder antreten. Sinn der Aktion: Statt einer können zwei Fallpauschalen abgerechnet werden.

Fall zwei. Für eine Bypassoperation darf das Krankenhaus höchstens einer Liegezeit von 6 bis 21 Tagen eines bestimmten Betrag, angenommen 14 000 Euro, abrechnen. Und zwar unabhängig davon, ob der Patient schon nach ein paar Tagen oder erst nach drei Wochen wieder fit ist. Häufig sorgt die Klinikleitung dafür, dass der Patient nach der Mindestliegezeit von vier Tagen entlassen wird. Auch wenn es möglich ein Bett blockiert. Egal, ob er genesen ist oder nicht.

Fall drei. Bei der Beatmung Schwerstkranker gibt es für 94 Stunden am Stück eine Pauschale, dann bestimmten Betrag, ab der 95. Stunde wird mehr bezahlt. Die Folge: Viele Patienten werden bewusst ein paar Stunden länger beatmet, als möglicherweise medizinisch notwendig wären, etwa 97 oder 98 Stunden.

"Eigentlich müsste der Mensch im Mittelpunkt stehen."

"Eigentlich müsste der Mensch im Mittelpunkt stehen", sagt der Facharzt. Genau dies sei in modernen Krankenhausbetrieb mit seinen genormten und automatisierten Abläufen aber nicht mehr der Fall. Die Patienten würden durchgeschleust, das einzelne Schicksal interessiere nur wenige. Das beginne schon bei der Visite, für Kranke oft die einzige Chance für ein Gespräch mit den Ärzten. Viele Mediziner würden darin nur eine lästige Pflichtaufgabe sehen, die viel Zeit koste und für die Klinik kein Geld bringe. Und die deshalb oft hektisn heruntergespult werde.

Denkwürdige Visiten

Er selbst erlebte in der Ausbildung viele solcher Visiten mit, eine hat sich ihm besonders eingeprägt. Der Oberarzt war mit dem Schwerer grußlos ins Zimmer eines ältren Mannes gestürmt, habe dabei nur auf seinen Laptop gestarrt. "Der muss noch kräftig abnehmen", sagte er dann zur Schwester, ohne den Mann eines Blickes zu würdigen. Beim Rausgehen habe er noch hinzugefügt: "Nächste Woche geht er in die Reha." Und Tschüss.

"Seitdem weiche ich bei jeder Visite mit den Patienten ein paar persönliche Worte", versichert Ulrres, "frag sie nach Kindern oder Enkeln, versuche ihnen das Gefühl zu vermitteln, dass ich sie als Menschen sehe, nicht nur als Kranke." Vor Corona habe er darauf geachtet, jedem Patienten die Hand zu geben oder den kurz anzufassen, dass sei jetzt leider nicht mehr möglich.

"Der Kassenpatient muss sich mit dem begnügen, was da ist."

Als extrem ungerecht empfindet der Mediziner die Aufteilung der Patienten in Kranke erster und zweiter Klasse. "Der Privatpatient hat ein größeres Zimmer, erhält gutes Essen nach Wahl, ein Glas Sekt zwischendurch", schreibt er in seinem

Buch, "der Kassenpatient muss sich mit dem begnügen, was da ist."

Das bedeute häufig eine schlechte Ausstattung, zerkochtes Essen, ein Zimmer mit drei anderen Patienten und ewig gebeteten Personal. And der Privatstation gehe es dagegen meist entspannter zu. Die Ärzte nähmen sich mehr Zeit, es gebe genug Pfleger und Schwestern.

Schlimmer als die Unterschiede bei der Ausstattung sei jedoch die medizinische Ungleichbehandlung. Er habe miterlebt, wie ein Kassenpatient auf eine Operation länger warten musste, weil ihm ein Privatpatient einen dringliche Symptome vorgezogen wurden sei, auf Anweisung des Chefarztes. Auch beim Material würden verschiedene Maßstäbe angelegt, etwa bei Herzklappen. Privatpatienten würden stets die teuersten bekommen, Kassenpatienten schon mal die billigen.

"Manchmal macht mich das so wütend, dass ich es kaum aushalte."

"Manchmal macht mich das so wütend, dass ich es kaum aushalte", gesteht der Herzspezialist. Um sich abzureagieren, jogge er dann stundenlang, bis er sich wieder halbwegs beruhigt habe. "Denn dieses System steht zwischen mir und meinen Patienten", kritisiert er, "das muss aufhören." Die einen würden überversorgt mit Untersuchungen und Therapien. "Nicht, weil es nötig ist, sondern weil der finanzielle Anreiz es noch ist." Die anderen dagegen erhielten ihre Behandlung mit Verzögerung und teilweise nicht in bestmöglicher Qualität. Ulrres fordert deshalb die ersatzlose Abschaffung dieser Zweiklassenmedizin.

Familienfeindliche Dienstpläne

Auch mit der Gleichberechtigung, kritisiert der Facharzt, sei es nicht weit her. Tatsache ist: Obwohl 62 Prozent der Medizinstudenten weiblich sind, schaffen es nur 13 Prozent in die Chefetagen der Krankenhäuser. Als Ursachen nennt Ulrres familienfeindliche Dienstpläne und fehlende Netzwerke. "Männer fördern Männer", behauptet er, die wenigen weiblichen Führungskräfte seien als Einzelkämpferinnen isoliert.

Eine hoch qualifizierte Kollegin habe es in elf Jahren und in vier Krankenhäusern nicht geschafft, ihren Facharzt zu machen, stets seien männliche Konkurrenten bevorzugt worden. In einer Klinik habe sie ein Mitbewerber während einer Operation von hinten betastet, später auf dem Flur noch in die Hüfte gekniffen. Als sie sich beim Chefarzt beschwerte, habe der nur genervt abgewinkt: "Mein Gott, jetzt soll ich mich auch noch mit solchen Bagatellen beschäftigen."

Auch Männer, die es mit der Gleichberechtigung ernst nehmen, können laut Ulrres ihre Karriereplanung knicken. Ein Anästhesist Mediziner etwa, der in Elternzeit gehen wollte, habe von seinem Chef eine unmissverständliche Antwort bekommen: "Gerne, kein Problem. Aber mit dem Oberarzt wird es dann wohl nichts. Da viele Konkurrenten, verstehen Sie." Der Freund habe dann auf die Elternzeit verzichtet. ‡