

# Privatklinikgruppe Hirslanden Jahresbericht 2006 – ein paar kritische Kommentare\*

Martin F. Fey

Kürzlich lag der Schweizerischen Ärztezeitung, wie alle Jahre, der Jahresbericht 2006 der Privatklinikgruppe Hirslanden bei, elegant in weissem Hochglanzpapier und reich bebildert. Man mag ihn achtlos beiseite legen oder eben genau lesen und sich vertiefte Gedanken zum Inhalt machen; ich habe mich dieses Jahr für die zweite Variante entschieden.

Im Editorial und vor allem im Bericht der Konzernleitung (sic! nomen est omen et vide infra) werden die Marktposition der Gruppe, erfolgreiche Investitionen, Umsatzzunahme und Rentabilitätsziele in einem privatwirtschaftlich geführten Unternehmen herausgestrichen (S. 2–4). Insbesondere wird das Loblied eines wettbewerbsorientierten Systems im Gesundheitswesen gesungen und der Staatsdoktrin sowie der Planwirtschaft eine klare Abfuhr erteilt. Ferner bejammert der federführende CEO, dass «die aufgeblähten Kosten der obligatorischen Grundversicherung den Abschluss privater Zusatzversicherungen erschweren» würden (S. 3). Unter dem Titel «Kein Schweizer würde mit Schweden tauschen» (S. 12) werden skandinavische Länder wegen ihrer staatlich kontrollierten Gesundheitssysteme an den Pranger gestellt.

Die Rezidivrate beim Rektumkarzinom hängt bekanntlich entscheidend vom Chirurgen ab [1]. Nun haben gerade skandinavische Länder beschlossen, dass bestimmte anspruchsvolle Eingriffe, wie die radikale Chirurgie des Rektumkarzinoms, zur Qualitätssicherung nur an einzelnen Zentren durchgeführt werden dürfen und nicht überall nach Lust und Laune angeboten werden können (wie es heute in der Schweiz der Fall ist). Durch derartige staatlich verfügte Einschränkungen kann meines Erachtens belegbar Qualität gewonnen werden, da Expertise zentriert wird und die nötige kritische Masse an Fällen pro Jahr erzielt oder überboten werden kann [2]. Interessanterweise spricht der Hirslanden-Bericht etwas später im Grunde genommen genau diesen Aspekt an, unter dem Subtitel «Leistungstransparenz ist das Gebot der Stunde» (S. 12). Es scheint mir divergent, einerseits das Gebot der freien Marktwirtschaft ohne Steuerung «von oben» zu

preisen und andererseits den Qualitätsfaktor «Fallzahl pro Abteilung und Operateur» als zentrales Mass für Ergebnisqualität anzuerkennen. Die Fallzahlen für einzelne kritische Eingriffe pro Hirslanden-Chirurg werden denn auch im Jahresbericht nirgends «transparent» ausgewiesen.

Die Patientenzufriedenheit, zweifelsohne ein wichtiger Parameter für eine medizinische Institution, sei in der Privatklinikgruppe Hirslanden besser als in anderen Schweizer Spitälern. So weist es zumindest Abbildung 1 (S. 15) aus, die Daten von Patientenbefragungen durch das Picker-Institut zeigt (das Picker-Institut ist eine unabhängige Firma, die sich auf derartige Umfragen spezialisiert). Nun sollte der Datenvergleich in Abbildung 1 – ganz im Sinne der kritischen Analyse klinischer Studien – wohl nicht *tel quel* geglaubt werden. Die Patientencharakteristika in den Hirslanden-Kliniken einerseits und diejenigen in den als Vergleichsgruppe zusammengefassten 50 Schweizer Spitälern andererseits dürften wohl nicht ganz deckungsgleich sein und somit wie ein Vergleich zwischen den sprichwörtlichen Äpfeln und Birnen.

Kommen wir noch einmal zurück auf das von der Hirslanden-Konzernleitung empfohlene Modell eines freien, wettbewerbsorientierten Marktes im Gesundheitswesen. In ihren Händen scheint es zu funktionieren. Die Hirslanden-Gruppe weist einen Privat- und Halbprivatpatientenanteil von 70% aus (S. 68) – in öffentlichen Spitälern ist der «Mix» zwischen grundversicherten und zusatzversicherten Patienten gerade umgekehrt. Wenn nun die Hirslanden-Patienten (im Jahre 2006 waren es 67 000 an der Zahl) im Berichtsjahr 73 000 Operationen unterzogen wurden (d.h., jeder Patient wurde im Durchschnitt mindestens einmal operiert), so lassen diese Zahlen vermuten, dass die Hirslanden-«clientèle» hochgradig selektioniert ist. Eine flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung käme hoffentlich mit weniger «High-Tech»-Chirurgie aus, womit die Rendite mutmasslich sänke. Ein verantwortungsbewusstes Gesundheitswesen sieht sich mit dem Problem konfrontiert, Patienten behandeln zu müs-

\* Die Ausführungen repräsentieren die persönliche Meinung des Autors und nicht diejenige des Inselspitals oder der Medizinischen Fakultät der Universität Bern.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Martin F. Fey  
Direktor und Chefarzt  
Klinik und Poliklinik  
für medizinische Onkologie  
Inselspital und Universität Bern  
CH-3010 Bern  
Tel. 031 632 22 43  
martin.fey@insel.ch

sen, die nicht rentieren. Es fragt sich, wie das Hirslanden-Modell damit zu Rande käme, wenn es zwangsweise auch unrentable medizinische Linien fahren müsste. Ich kann mich jedenfalls bestens an einen Tag vor einigen Jahren in unserem Inselspital erinnern, an dem («le hasard fait bien les choses») eine Privatpatientin aus einer unserer chirurgischen Bettenstationen in ein Berner Privatspital abtransportiert wurde (vor den Augen eines unserer onkologischen Konsiliarärzte) und gleichzeitig ein allgemeinversicherter HIV-positiver Patient mit einer frisch entdeckten Leukämie aus einem Privatspital über unsere Notfallpforte eingewiesen wurde. Die Ideen und Konzepte der Hirslanden-Gruppe greifen nur dann im wirtschaftlichen Sinn, wenn die Privatspitalgruppe in ihrem Hinterland ein staatlich subventioniertes Gesundheitswesen weiss, das ihr die unrentablen Fälle abnimmt. Die Privatkliniken der Hirslanden pflegen denn auch die Praxis des medizinischen «cherry picking» (und jeder gewieft Kirschenesser wird saftiges Tafelobst von faulen Früchten unterscheiden können). Die Hirslanden-Gruppe nennt dieses Arrangement «Public-Private Partnership, das Zauberwort der Zukunft» (S. 13).

Überhaupt das medizinische Angebot – es ist gewiss einen Kommentar wert. Von einem schweizweiten Netzwerk ist da die Rede, vor allem von «umfassender medizinischer Betreuung», von einem patientenorientierten Leistungsangebot. Wenn die Leistungsstatistik der Hirslanden jedoch repräsentativ wäre für die gesundheitlichen Probleme der Schweizer Bevölkerung, so leiden wir offenbar in erster Linie an operationswürdigen orthopädischen Erkrankungen, gefolgt von Problemen aus der Inneren Medizin (nicht näher definiert im Bericht), der Kardiologie und Gynäkologie (S. 8). Wo sind Geriatrie, Rehabilitation, Rheumatologie, d.h. die häufigen Probleme der hausärztlichen Praxis, zu finden? In einem anderen Abschnitt wird das laut Hirslanden «bewährte» Konzept der Check-up-Zentren angesprochen; «am beliebtesten» sei der sogenannte «Business-Check-up» für über vierzigjährige Klienten (S. 7). Der Nutzen derartiger Check-ups ist – Publikumserfolg hin oder her – meist fraglich [3], abgesehen von ein paar einfachen Massnahmen wie Blutdruckmessen, Blutzucker- und Lipidbestimmung, Pap-Abstrich und der Blickdiagnose einer Adipositas (fast alles Aufgaben der Hausarztpraxis). Einzelne Untersuchungen werden überdies kontrovers diskutiert (Brust-, Prostata- und Kolonkarzinomscreening). Es ist unerheblich, ob das Publikum nach derartigen Checks fragt oder nicht. Eine evidenz- und kostenbewusste Medizin sollte gezielt und

diszipliniert anbieten, was nötig ist, und den Rest den «Kunden» ausreden, mit dem Risiko natürlich, dass der Umsatz nicht so rasch steigt wie im ehrgeizigen Businessplan vorgesehen. Dem Primat der kritischen Indikationsstellung für teure Untersuchungen und Therapien steht die privatwirtschaftliche Unternehmensstrategie, gezielt in «High-Tech»-Medizin zu investieren und anschliessend die Investitionen über den Markt mehr als wettzumachen, diametral entgegen.

Die medizinischen Angebote der Hirslanden-Gruppe sind meist in Kompetenzzentren organisiert; der Bericht greift demnach ein Modewort im heutigen Gesundheitswesen auf. Allein in der Übersicht der Kliniken (S. 38–41) fällt der Begriff «Zentrum» nicht weniger als 21mal! Selbstverständlich können viele Gesundheitsprobleme heutzutage nicht mehr durch einzelne Ärzte von A bis Z gelöst werden. In der Onkologie ist die multimodale Tumorthherapie wohl ein entscheidender Faktor für die stete Verbesserung der Therapieresultate. Der Begriff «Zentrum» ist weder patentrechtlich geschützt noch irgendwie definiert. Versteht man darunter im amerikanischen Sinne beispielsweise ein «Comprehensive Cancer Center», das Aus-, Weiter- und Fortbildung im Fachgebiet, aktive experimentelle und klinische Forschung sowie exzellente multimodale Therapie von Tumorpatienten offeriert und geographisch auf einen «Campus» zentriert ist, so findet man damit eine Definition eines Zentrums, das seinen Namen verdient. Ein «Venenzentrum» der Hirslanden mit drei Fachärzten beispielsweise (S. 41) wäre denn doch ein Stück weit entfernt von diesem Modell. So bleibt denn der Verdacht, dass Hirslanden wie viele andere den Begriff als Modewort einsetzt, um das Publikum zu beeindrucken, ohne in der Broschüre eine klare Definition vorzulegen. Zu ergänzen ist, dass viele Hirslanden-Belegärzte wohl in der stationären Arbeit «zentrumsmässig» auftreten, in ihren oft externen Praxen aber nicht selten einzeln und individuell arbeiten.

Im mittleren Teil der Broschüre kommen einige Arztkollegen zu Wort, die zweifelsohne kompetent hochspezialisierte Eingriffe anbieten, so die chirurgische Korrektur von Kieferfehlstellungen, Stammzellimplantation zur Behandlung von Harnblasenschwäche oder minimalinvasive Herzchirurgie (S. 24–34). Ihre Darstellungen sind fachlich eindrücklich. Nur verschweigen alle diese Berichte, dass diese Hirslanden-Ärzte ihr Rüstzeug und ihre grosse Erfahrung zunächst an öffentlichen Spitälern gewinnen konnten und erst nach jahrelanger abgeschlossener Weiterbildung ihre Arbeit in der Hirslanden-Gruppe aufnehmen, wo sie nun ihren ehemaligen Aus- und

Weiterbildungsstätten munter Konkurrenz machen. Wenn die Konzernleitung in ihrer Einleitung ihre Investitionsfreudigkeit herausstreicht, so betrifft dies fast ausschliesslich den apparativ-technischen und den baulichen Sektor. Die Hirslanden-Gruppe offeriert vor allem in den von ihr speziell geförderten rentablen Spezialitäten praktisch keine ärztlichen FMH-Weiterbildungsstellen. In diesem Lichte betrachtet, ist die Behauptung, die «private Medizin [würde] den Staat massiv entlasten» (S. 10), wohl nicht so einfach zu belegen, wie dies im Bericht den Anschein hat. Wer nur reife Spitzenkräfte für seinen Betrieb rekrutiert, aber nichts oder wenig in den jahrelangen und streckenweise unrentablen Bildungsweg vom jungen Medizinstudenten zum erfahrenen Träger eines spezialärztlichen Facharzttitels investiert, macht sich die Sache denn doch zu einfach.

Die klinische Forschung wird als «wichtig» bezeichnet. Die Zahl der Forschungsprojekte sei «ansehnlich», liest man ferner. Der Ansatz ist zu honorieren, eine präzisere Darstellung der Forschungsprojekte wäre jedoch wünschenswert. Forschung nimmt nämlich nur einen bescheidenen Platz im Bericht ein (eine Spalte auf S. 6). Wie viele Patienten werden in klinischen Studien behandelt? Was ist die Rolle der Hirslanden-Ärzte in den Protokollen: mitmachen (durchaus okay!) oder mitunter Studienleitung? Man wüsste gerne mehr über diesen wichtigen Teilbereich in der Medizin, zumal die Motivation vieler privat praktizierender Kollegen, an klinischen Studien

mit ihren Patienten mitzumachen, meist nicht überwältigend lebhaft ist.

Ich bestreite nicht, dass in den Hirslanden-Spitälern teilweise gute, mitunter sehr gute Medizin durch engagiertes Fachpersonal geboten wird, aber zentriert auf selektionierte Segmente. Der Bericht des gewinn- und umsatzorientierten Managements der Hirslanden-Gruppe bedarf einer sehr kritischen Lesart, da er teilweise fragwürdige Akzente setzt in einem Gesundheitssystem, in dem der Kostendruck wächst und ein kritisch zurückhaltender Einsatz aller Mittel gefragt wäre. Dem nachzuleben wäre verantwortungsbewusster als das von der Hirslanden-Gruppe praktizierte aggressive *Marketing* rentabler medizinischer Teilangebote unter dem Attribut einer scheinbar comprehensiven medizinischen Versorgung.

#### Literatur

- 1 Hermanek P, Wiebelt H, Staimmer D, Riedl S. Prognostic factors of rectum carcinoma – experience of the German Multicentre Study SGCRC (German Study Group Colo-Rectal Carcinoma). *Tumori*. 1995;81(3 Suppl):60-4.
- 2 Iversen LH, Harling H, Laurberg S, Wille-Jørgensen P. Influence of caseload and surgical speciality on outcome following surgery for colorectal cancer: a review of evidence. Part 1: short-term outcome. *Colorectal Dis*. 2007;9:28-37.
- 3 Hunziker S, Hengstler P, Zimmerli L, Battagay M, Battagay E. Check-up-examinations in internal medicine. *Internist*. 2006;47:55-65.