

Wie wär`s mit Widerstand? Ärztliche Handlungsoptionen gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens

Zwei Vorbemerkungen zum Diskussionsprotokoll:

(1) Im Folgenden werden Gedanken dokumentiert, die im Teilnehmerkreis des Symposiums in der lebhaften und ausgedehnten Diskussion, die sich an die drei Vorträge von

Prof. Dr. Fred Salomon: Im Spannungsfeld zwischen „führen“ und „geführt werden“ – Die Verantwortung Leitender Ärztinnen und Ärzte.
Prof. Dr. Thomas Schwenger: Chefarzt und
Kaufmännischer Geschäftsführer: Nebeneinander, Gegeneinander oder Miteinander?
PD Dr. Friedrich Heubel: Ethik und ärztliche Professionalität.

anschluss, thematische Brennpunkte bildeten. Diese Dokumentation ist kein Verlaufs- sondern ein Ergebnisprotokoll. Deshalb wurde für das Protokoll auf eine namentliche Zuordnung der Brennpunkte zu einzelnen Diskussionsteilnehmern verzichtet.

(2) Gegenstand des Symposiums sind mögliche Optionen der Ärzte und Ärztinnen bzw. der Ärzteschaft unter *medizinethischem Aspekt*, die Kommerzialisierung zu begrenzen oder zu vermeiden. Der Planung des Symposiums ging folgende, von den Veranstaltern ausgearbeitete medizinsoziologische und medizinethische Problemanalyse voraus:

Ökonomisierungsprozesse lassen sich begreifen als systematische und durchgreifende Versuche, erwünschte Ergebnisse möglichst zielführend und möglichst sparsam zu erzielen. Solange Ökonomisierung sich in sinnvollen, der nötigen betriebswirtschaftlichen Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebs dienenden Grenzen hält, bleibt sie medizinethisch eher unproblematisch, mit Ausnahme der Gefahr einer Verselbständigung und Übersteigerung von Sparzwängen („Totsparen“). Kommerzialisierung bedeutet etwas Spezifischeres als Ökonomisierung, nämlich das Ausrichten wirtschaftlicher Aktivitäten auf monetären Gewinn (bzw. Rendite) in einem Bereich, dem diese Ausrichtung bislang fremd war. Im Krankenhaus bedeutet Kommerzialisierung einen systematischen Anreiz, das Stellen von Diagnosen und Indikationen nicht nur am Wohl der Patienten, sondern auch an den für das Krankenhaus zu erwartenden Erlösen auszurichten. Das Stellen von Diagnosen und Indikationen ist aber die zentrale, exklusive Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten. In diese Kompetenz durch medizinfremde Anreize einzugreifen verformt das berufliche ärztliche Handeln. Denn der ärztliche Beruf ist ein Professionsberuf. Er dient einem existentiellen Interesse von Menschen – der Gesundheit. Zugleich hat er einen Gemeinschaftsbezug. Das Stellen von Diagnosen und Indikationen medizinfremden Anreizen zu unterwerfen verfälscht das Erheben des tatsächlichen Behandlungsbedarfs durch die dafür allein zuständigen Ärzte und ist eine Ursache sowohl von Über- wie von Unterversorgung. Die Kommerzialisierung stellt demnach für Krankenhausärzte eine dauernde Herausforderung dar. Macht es Sinn, dass die leitenden Ärzte gemeinsam Widerstand gegen die Kommerzialisierung leisten?

Die ersten beiden Vorträge sollten die komplexe Problemlage vergegenwärtigen, der dritte einen Rahmen zur Beurteilung liefern.

Diskussionsprotokoll: Neun thematische Brennpunkte der Diskussion

1.

Das DRG-System ist ursprünglich ein Kostenkontroll-, aber kein Vergütungssystem, wird aber in seiner in Deutschland seit 2003 eingeführten Form (G-DRG) von der Gesundheitspolitik mit dieser Funktion ausgestattet. Nicht diese Kostenkontrollfunktion für sich genommen ist die Ursache vieler Misereen, die als Ökonomisierung und Kommerzialisierung innerhalb des Gesundheitssystems in Deutschland kritisiert werden. Vielmehr liegt die Hauptursache an einer anderen Stelle der Gesundheitspolitik: *Die öffentliche Hand zieht sich aus ihrer Pflicht zurück bzw. untererfüllt systematisch ihre Verpflichtung, Investitionskosten für Krankenhäuser zu übernehmen.* Die von der Gesundheitspolitik vorgesehene „duale“ Finanzierung (Krankenkassen finanzieren die Betriebskosten bzw. die durch die Patientenbehandlung entstehenden Kosten, die Bundesländer finanzieren die Investitionskosten) wird von der Gesundheitspolitik selbst nur unzulänglich realisiert. Hierin liegt ein wesentlicher Faktor der Finanzmisere vieler Krankenhäuser in nichtprivater Trägerschaft, bzw. des großen Einsparungsdrucks, den die betriebswirtschaftliche Führung dieser Häuser dann verarbeiten muss, und leider oft so verarbeitet wird, dass die medizinethisch gebotene Vorrangstellung des ärztlich verstandenen Patientenwohls beeinträchtigt wird.

2.

Die „Gesundheitswirtschaft“ ist ein von den Profitaussichten gleichsam nach oben hin offenes Geschäftsmodell und daher für Investoren äußerst interessant, allemal unter den gegenwärtigen allgemein vergleichsweise schlechten Bedingungen der Kapitalverwertung von renditegetriebenen Anlegern. *In dieser gesamtökonomischen Tatsache liegt einer der Gründe für den Hype, den einschlägig interessierte Kreise und Lobbys in Deutschland um die Gesundheitswirtschaft entfachen.* Zu der ökonomischen Lage und zu der Propaganda für den Fortschritt der Gesundheitswirtschaft passt auch die systematische, interessenbedingte Ausblendung der Schattenseiten von Kommerzialisierung im Gesundheitswesen.

3.

Die Deckungsbeitragsrechnung in ihrer derzeitigen Form kann kaum anders gesehen werden denn als Teil einer gesundheitspolitisch verhängten Machtstrategie des *divide et impera*. *Zumindest Vollversorgungskliniken sollten sich der Deckungskostenrechnung widersetzen.* Ziel einer besseren Gesundheitspolitik sollte sein, ein allgemein zustimmungsfähiges System der Mittel-Umverteilung zu gestalten. Möglicherweise müsste sich eine zielführende Gesundheitspolitik auch eine – längst fällige – Priorisierungsdebatte heranwagen.

4.

Eine Forderung, die nur durch die organisierte Ärzteschaft offensiv in der und notfalls gegen die vorherrschende Gesundheitspolitik geltend gemacht werden kann und soll, ist die nach einer Lage der Klinikfinanzierung, in der ein Klinikum gute Medizin ohne fragwürdige Kompromisse machen, zudem eine attraktive Arbeitsatmosphäre für alle Beschäftigten aufrechterhalten und trotzdem eine schwarze Null erwirtschaften kann.

5.

Viele Chefarzte üben oder übernehmen eine, vielen zunächst ungewohnte betriebswirtschaftliche Denkweise, um unter den gegenwärtig vom Ziel der Erlösoptimierung unter Sparzwang bestimmten Bedingungen möglichst gut abzuschneiden. Zwar sind viele Chefarzte in der Lage, als Problem zu erkennen, dass die betriebswirtschaftliche Denkweise die professionsethische ärztliche Denkweise dominieren und Verstärkung dieser Dominanz die Professionalität aushöhlen kann. Aber: *„Die“ Chefarzte sind in ihren Interessen und Funktionsrollen doch zu uneinheitlich, um sich als Gruppe gegen ungute Auswirkungen von Ökonomisierung*

und Kommerzialisierung auf die Patientenversorgung solidarisch zu organisieren. Die Ansprechbarkeit für besagtes Problem variiert mit der Patientennähe.

6.

Die Vorstellung einer durch Homogenität ihrer Funktionen und Herausforderungen homogenen Gruppe „der“ Chefärzte geht an der Realität vorbei auch aus Gründen der Rekrutierung bzw. der Auswahlprozesse, aus denen die Chefärzte hervorgehen. Unter Gender-Aspekten muss gesagt werden, dass, bei ohnehin insgesamt sich verschlechternden Bewerbungslage, der Anteil der Frauen sehr gering ist. Unter psychologischen Aspekten darf gesagt werden, dass, tendenziell zumindest, Narzissten Narzissten auswählen; weniger psychologische gesprochen: Individualismus ist die vorherrschende Einstellung; ein Habitus des Einzelkämpfers ist verbreitet. Unter Gesichtspunkten unserer Fragestellung gesprochen: Dies zusammen macht eine solidarische Organisation als Gruppe, die unter negativen Konsequenzen von Kommerzialisierungsprozessen leidet, noch unwahrscheinlicher und schwieriger. Ein affirmatives Aufgreifen des Professionalitätskonzepts gibt es derzeit nur in Einzelfällen.

7.

Wer passt sich wem an, und warum? Es gibt vergleichsweise viele Ärzte, die zusätzliche zu ihren medizinischen Qualifikationen betriebswirtschaftliche erwerben, z.B. durch MBA-Studiengänge. Dagegen ist nur ein kleiner Teil der Personen, die die betriebswirtschaftlichen Leitungsfunktionen in Kliniken besetzen, ärztlich qualifiziert oder an medizinischer Zusatzqualifikationen interessiert. *Es fällt in die professionelle Verantwortung, die die Ärzteschaft hat, aber bisher nur selten und zögernd wahrnimmt, Anforderungen an eine gute – d.h. ärztlich-professionsethisch gute - Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen zu formulieren.* Die Frage nach der in ärztlichem Sinne guten Betriebswirtschaft setzt freilich selbstkritische, reflektierte, artikulationsfähige Antworten der Ärzteschaft auf die Grundfrage voraus, was wirklich gute medizinische Versorgung sei. Für solche Antworten sind weder Patientenbefragungen hinreichend, noch die im Qualitätsmanagement eingespielten Werte-Profile, noch das IQM. Auszuprobieren wären z.B. *jährliche, funktionsrepräsentativ zusammengesetzte Gesprächsrunden in der Klinik, um die Idee der wirklich guten medizinischen Versorgung in ihrer beständigen Interpretationsbedürftigkeit und Kontroversialität immer wieder im Kreis der Verantwortlichen zur Geltung zu bringen.* Die Frage nach der wirklich guten medizinischen Versorgung wird man auf verschiedene ärztliche Fächer hin differenzieren müssen. Gestaltungsmacht muss gefordert und behauptet werden, offensiv mit der Frage „was brauche ich, was brauchen wir für die gute medizinische Versorgung, die wir anstreben?“

8.

Boniverträge – die heute glücklicherweise an Selbstverständlichkeit verlieren – schaffen Korrumpierbarkeit der zur Bewältigung der Kommerzialisierungsfolgen eigentlich nötigen verteidigungsbereiten arzt-ethischen Professionalität. Denn Boniverträge schaffen Interessensgegensätze. Aber auch negative Anreize – z.B. finanzielle oder personell ins Gewicht fallende Sanktionen – führen in diese Richtung, dass eher das aufgenötigt Nötigste gemacht wird, nicht aber vorbehaltlos das medizinisch Angezeigte. (Zur Veranschaulichung: „Ihre Abteilung schreibt rote Zahlen, wir werden Personal wegnehmen müssen, wenn das so weitergeht.“)

9.

Machtfragen. „Der Arzt starrt auf den Ökonomen wie das Kaninchen auf die Schlange.“
Machtverteilungsfragen im Schnittfeld von medizinischer und ökonomischer Expertise und die Sach-, Ziel-, Wertekonflikte, die mit ihnen einhergehen, müssen offen und offensiv thematisiert werden. Das fällt Ärzten, auch Chefärzten, obwohl diesen eine gewisse Machtfülle selbstverständlich ist, sehr schwer. Eine fruchtbare, problemaufdeckende Frage für (chef)ärztliche Handlungsmöglichkeiten des Widerstands gegen sinnwidrige Kommerzialisierungsfolgen wäre die folgende: *Wer hat eigentlich das Recht, wirtschaftlich vermittelten Konkurrenzdruck zwischen Personen, Stellen, Professionen, Abteilungen innerhalb einer Klinik aufzubauen?*