

GASTBEITRAG

# Ärztliche Professionalität als oberste Bedingung

Die Ökonomisierung drängt leitende Klinikmediziner zu unternehmerischem Denken. Die Kammer lässt sie im Stich

Ökonomisierung der Medizin wird betriebswirtschaftlich begründet: Krankenversorgung sei eine Dienstleistung, die sich von Waren dadurch unterscheidet, dass ihre „Produktion“ und ihr „Verbrauch“ gleichzeitig erfolgen. Als „immaterielle Güter“ seien sie marktfähig; Ärzte seien Anbieter, Kranke seien Kunden; Angebot und Nachfrage bestimmten Qualität und Preis, Wettbewerb hebe Effizienzreserven. Deshalb sei es rational, Krankenhäuser als Unternehmen zu konstruieren und sie Wettbewerbsregeln zu unterwerfen. Damit würden tendenziell die Qualität der Leistungen erhöht und die Kosten reduziert.

Tatsächlich hat aber der Kostendruck die Personaldecke im Krankenhaus so verkürzt, dass vielerorts nicht mehr nach professionellen Maßstäben gearbeitet werden kann. Die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser sollen durch Fallpauschalen gedeckt, die Investitionen hingegen von den Bundesländern getragen werden. Tatsächlich werden aber systemwidrig die Erlöse auch für Investitionen verwendet. Der resultierende wirtschaftliche Druck ist existenzbedrohend. Geschlossen werden vorwiegend kleine Krankenhäuser in der Fläche. Anlass für die Schließung ist nicht fehlender Bedarf, sondern die drohende Insolvenz. Vom Versorgungsauftrag her paradox, aber in der betriebswirtschaftlichen Logik rational, treiben manche



Eigentlich soll im Krankenhaus das Patientenwohl an erster Stelle stehen.

ANDREI NOSOV/OBERBERGKLINIKEN / OBS

Krankenhäuser deshalb Werbekampagnen zur Nachfragersteigerung. Das Gesundheitswesen zielt aber ursprünglich nicht auf Gewinn oder Rendite in der üblichen Form. Der Gewinn besteht nicht in Geld, sondern in menschlichem Leben.

Es bedarf der Expertise von Ärzten, um zu entscheiden, welche Leistungen der einzelne Patient wann braucht. Weil diese Leistungen Geld kosten, sind die Ärzte zugleich diejenigen, die Kosten generieren. Dabei nehmen sie eine Schlüsselstellung ein. Gegenüber den Kostenträgern stellen sie den Finanzbedarf und gegenüber den Patienten den Bedarf an medizinischer Hilfe fest. Niemandem sonst wird diese Kompetenz zugetraut und auch zugemutet. Wer ein Krankenhaus betreibt, kann nicht anders, als die Ärzte zum Vermeiden von Kosten

und zum Steigern von Erlösen aufzufordern. Der unter Kostendruck stehende Krankenhausträger gibt den Druck an sein Management und dies gibt ihn an die Chefarzte weiter.

Chefarzte hatten im deutschen Krankenhaus bislang eine starke Position. Inzwischen sind sie von der Ökonomisierung gewissermaßen überrollt worden. Das Management hat die Leitung usurpiert. Chefarzte tragen heute „unternehmerische Verantwortung“, sie sollen „Führungsfähigkeiten“ haben und werden selbst vom Management am kurzen Zügel geführt. Unternehmerische Verantwortung heißt, dass sie das Überlebensinteresse des Hauses mindestens ebenso hoch gewichten müssen wie die Interessen der in ihren Abteilungen versorgten Patienten. Von ihnen wird also eine doppelte, eine widersprüchliche

Motivation erwartet. Öffentlichkeit und Patienten dürfen aber von Ärzten nicht nur technisches, handwerkliches, kommunikatives und organisatorisches Geschick, sondern vor allem auch eine eindeutige Motivation erwarten. Patienten sind auf Vertrauenswürdigkeit angewiesen. Deshalb sollen Ärzte das Gefälle zwischen ihrer Verfügungsmacht und der Abhängigkeit ihrer Patienten durch eine spezifische Haltung ausgleichen. Im Zweifelsfall soll das Patientenwohl vorgehen. Das gehört zur ärztlichen Professionalität.

Im Verhältnis zwischen Patient und Arzt kommen Wissen, Urteilskraft und Erfahrung zusammen. Güte und Erfolg dieser Interaktion lassen sich nur durch Kollegen gleicher Kompetenz beurteilen. Die Politik ist damit überfordert. Aber sie vertritt ein dringendes und berechtigtes Inte-

resse des Gemeinwesens an zuverlässiger Gesundheitsversorgung. Deshalb nimmt sie einerseits die Ärzteschaft in Gestalt der Ärztekammern für die ordnungsgemäße Versorgung in die Verantwortung, andererseits gewährt sie den Ärztekammern das Recht, die ärztlichen Standards selbst zu setzen und zu überwachen. Der Idee nach greift sie nur ein, wenn die Eigengesetzlichkeiten der Medizin in die Eigeninteressen der Mediziner umzuschlagen drohen. Um genau diesen Umschlagspunkt geht es aber bei der Ökonomisierung.

Konkrete Eintrittspforte für die Ökonomisierung am Krankenhaus sind die zu Scheinselbständigen transformierten Chefärzte mit unternehmerischer Verantwortung. Sie sind als Einzelne gegenüber den betriebswirtschaftlichen Steuerungsmaßnahmen machtlos. Sie könnten Einfluss gewinnen, wenn sie organisiert aufträten und die Indikationsstellung medizinischer „Leistungen“ kollektiv streng am Patienteninteresse ausrichteten. Es wäre Aufgabe der Ärzteschaft als Ganze, ihnen dabei zu helfen. Aber die Bundesärztekammer lässt sie im Stich. So wie der Primgeiger dem Orchester den Kammerton gibt, müsste die Bundesärztekammer den Ton setzen: Ärztliche Professionalität als oberste Bedingung immer und überall.



**Friedrich Heubel** ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie in Marburg, Privatdozent für Medizinethik und Koordinator der Arbeitsgruppe Ökonomisierung in der Akademie für Ethik in der Medizin.

## „Wir können viele Leben retten“

Ärzte ohne Grenzen loben WHO-Strategie gegen Schlangenbisse

Die Weltgesundheitsorganisation hat gestern ihr Strategiepapier zu Schlangenbissen bei der Weltgesundheitsversammlung vorgestellt. Wie berichtet, ist es das Ziel, die Zahl der Todesfälle und körperlichen Schäden durch Schlangenbisse bis 2030 zu halbieren. Weltweit sterben jedes Jahr mehr als 100 000 Menschen, nachdem sie von einer Giftschlange gebissen wurden, rund 400 000 müssen als Folge mit dauerhaften körperlichen Einschränkungen oder Entstellungen leben. Wie so oft trifft es meist Menschen in den armen Ländern des Südens – und dort vor allem jene, die in ländlichen Gebieten leben.

Viele dieser Menschen haben keinen Zugang zu einer wirksamen

Behandlung, zudem sind Gegengifte oft nicht verfügbar oder zu teuer. Hinzu kommt: Die Entwicklung und Herstellung solcher Mittel sind für Pharmafirmen nicht lukrativ.

All dies möchte die WHO ändern. Die Organisation „Ärzte ohne Grenzen“ lobt in einer Pressemitteilung diese Initiative: „Wir sind vorsichtig optimistisch, dass das Strategiepapier der WHO ein Wendepunkt in der Bekämpfung von Schlangenbissen ist“, erklärt Julian Potet von der Medikamentenkampagne von „Ärzte ohne Grenzen“. Nun müssten Regierungen und internationale Geber die Strategie sowohl politisch als auch finanziell umsetzen. Bislang sei die Antwort der internationalen

Gemeinschaft auf die vielen Todesfälle durch Schlangenbisse „ungenügend“ gewesen. So habe es unter anderem für Programme kein Geld gegeben.

Die WHO macht an diesem Punkt nun klare Finanzierungsvorgaben und zielt außerdem darauf ab, dass neue sichere Gegengifte entwickelt werden. Auch sollen in den betroffenen Ländern mehr Aufklärung und Prävention angeboten sowie Mitarbeiter des Gesundheitswesens geschult werden. „Wenn Menschen, die von einer giftigen Schlange gebissen werden, schnell und richtig behandelt werden, können wir sehr viele Leben retten“, erklärt Julian Potet. pam

## Zwei Geburten in Tübingen mit gespendeter Gebärmutter

Uniklinik meldet deutschlandweite Premiere

Zum ersten Mal haben zwei Frauen in Deutschland nach einer Gebärmutter-Transplantation Kinder geboren. Im Universitätsklinikum Tübingen war 2016 die erste derartige Transplantation Deutschlands durchgeführt worden. Diese 26-jährige Frau hat nun Mitte Mai ein gesundes Kind per Kaiserschnitt zur Welt gebracht, ebenso wie eine weitere 25-jährige Frau, die bereits im März entband, wie das Universitätsklinikum Tübingen am Donnerstag mitteilte.

Damit brachten die beiden Frauen weltweit das 15. beziehungsweise das 17. Kind zur Welt, das in einer transplantierten Gebärmutter herangewach-

sen ist. Die Tübinger Forscher konnten den jungen Frauen damit ihren Wunsch erfüllen, ein biologisch eigenes Kind auf die Welt zu bringen. Beide waren ohne Scheide und Gebärmutter zu Welt gekommen – sie litten an dem seltenen Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom. Die erste Geburt im März hatte die Klinik auf Wunsch der Mutter nicht-öffentlich gemacht.

Nach dem Anlegen einer Scheide im Jugendalter war den beiden Frauen in Tübingen die Gebärmutter transplantiert worden – Spenderinnen waren in beiden Fällen ihre Mütter. Der Eingriff dauerte insgesamt jeweils rund zwölf Stunden. epd/dpa